



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E LONGITUDINALIDADE DO
CUIDADO ENTRE ADULTOS**

Londrina
2017

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA E LONGITUDINALIDADE DO
CUIDADO ENTRE ADULTOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de
Souza

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Radigonda, Bárbara.

Avaliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária e longitudinalidade do cuidado entre adultos / Bárbara Radigonda. - Londrina, 2017.
184 f. : il.

Orientador: Luiz Cordoni Junior.

Coorientador: Regina Kazue Tanno de Souza.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Avaliação em saúde - Tese. 2. Serviços de saúde - Tese. 3. Atenção primária à saúde - Tese. I. Cordoni Junior, Luiz . II. Souza, Regina Kazue Tanno de. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

BÁRBARA RADIGONDA

**AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO ENTRE ADULTOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade
Estadual de Londrina, como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cordoni Junior
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de
Souza
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Elenice Machado da Cunha
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio -
EPSJV/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Regina Lúcia Dalla Torre Silva
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^a. Dr^a. Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA/PR

Prof^a. Dr^a. Wladithe Organ de Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Alberto Durán González
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 17 de julho de 2017

AO MEU PAI

*“A tua presença sempre continuará no meio de nós e jamais o tempo fará esquecer
você.”*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que guiou meus passos em direção à essa conquista.

Ao meu eterno companheiro, Junior, por acreditar nos meus sonhos, incentivar e apoiar nos momentos em que mais precisei. Com certeza, você é a minha grande motivação para os estudos.

À minha filha, Valentina, por trazer alegria nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Celso e Solange, por priorizar minha educação e ensinar a enfrentar e superar situações da vida. Mãe, sua ajuda foi fundamental para eu chegar até aqui.

Ao meu irmão, André, que apesar de distante, me aconselhou nos momentos em que precisei e torceu pelo meu sucesso.

Ao meu orientador, Professor Luiz Cordoni Junior, por proporcionar, com sua inteligência, equilíbrio e dedicação, meu entusiasmo pela avaliação e crescimento profissional. Obrigada por guiar meus passos e me apoiar nos momentos mais difíceis.

À minha coorientadora, Professora Regina Kazue Tanno de Souza, por me ensinar, com sua sabedoria, paciência, dedicação, preocupação e afeto, ser uma pesquisadora. Obrigada pelo apoio e atenção despendida nesses oito anos.

À Professora Wladithe Organ de Carvalho, por contribuir com a minha formação desde a graduação e apoiar as demais fases da minha vida profissional. Sua competência e dedicação foram incentivos para a conquista dessa etapa.

Aos professores da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pelas valiosas contribuições nos seminários de acompanhamento da tese. Agradeço, em especial, à professora Ana Maria Rigo Silva, pelo apoio e incentivo no decorrer dessa caminhada.

Aos integrantes do projeto VIGICARDIO, pela dedicação e esforço empregado no decorrer do estudo. Agradeço, em especial, a minha amiga Kécia

Costa, pela troca de saberes, companheirismo, conselhos, paciência e escuta em todos os momentos dessa caminhada.

Aos profissionais da Secretaria de Saúde do município de Cambé pelo apoio no percurso da pesquisa e aos moradores de Cambé que aceitaram participar da pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela atenção e paciência.

À Professora Célia Regina Gil, por enriquecer meu conhecimento sobre avaliação nos momentos oportunos. Obrigada pela disponibilidade e importantes contribuições na qualificação.

Às professoras Elenice Machado da Cunha e Sônia Cristina Stefano Nicoletto, pela prontidão e valiosas sugestões.

Às professora Regina Lúcia Dalla Torre Silva, pela disponibilidade e importantes contribuições.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa de estudo que viabilizou minha dedicação exclusiva.

Às minhas amigas de infância, graduação e pós-graduação, pela escuta nos momentos de angústia. Agradeço, em especial, à Francine pelo companheirismo na pós-graduação e em todos os momentos.

Enfim, à todas as pessoas, que de alguma forma, fizeram parte dessa conquista e contribuíram com o meu crescimento profissional.

RESUMO

RADIGONDA, Bárbara. **Avaliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária e longitudinalidade do cuidado entre adultos**. Londrina. 2017. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

A atenção primária em saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção. A acessibilidade e a longitudinalidade estão entre os atributos essenciais da APS e influenciam na efetividade do cuidado e satisfação do usuário. Avaliações produzidas a partir de análises do cotidiano detectam carências e contribuem para o aperfeiçoamento da APS. O presente estudo tem como objetivo analisar e avaliar a acessibilidade aos serviços de atenção primária e a longitudinalidade do cuidado em grupo populacional de adultos. Trata-se de um estudo transversal composto por adultos de 40 anos ou mais, participantes de estudo de base populacional – VIGICARDIO - realizado no município de Cambé – Paraná, em 2011. Em 2015, foi realizado o segundo contato com a população entrevistada no *baseline* para verificar as alterações ocorridas no perfil de risco cardiovascular. Para avaliação do presente estudo, utilizaram-se questões propostas no PCATool-Brasil para usuários adultos sendo construída uma matriz de indicadores e calculado o escore individual, escore do indicador e índice composto das dimensões de análise – acessibilidade organizacional e longitudinalidade. Os resultados foram julgados de acordo com os valores obtidos: 2,0-1,80 (Excelente); 1,79-1,40 (Satisfatório); 1,39-1,00 (Regular); <1,00 (Crítico). Na análise descritiva e de associação foram incluídas variáveis sociodemográficas, econômica, uso de medicamento, hipertensão arterial e diabetes autorreferidas. As análises foram realizadas por meio da regressão de Poisson com ajuste de variância robusta e nível de significância de 5%. Foram entrevistados 885 adultos, entre os 1180 participantes do *baseline*. Entre os 92,5% dos indivíduos que mencionaram ter um serviço de referência, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi o serviço mais citado para o primeiro contato para um problema de saúde não urgente. A acessibilidade organizacional à UBS mostrou-se inferior à dos demais serviços analisados – especializados do SUS e convênio/particular. A maioria dos indicadores de acessibilidade à UBS apresentou resultados considerados *críticos* e a obtenção de aconselhamento pelo telefone foi o pior indicador da dimensão. A proporção dos que conseguem atendimento pelo telefone foi significativamente mais elevada entre as mulheres ($p=0,001$) e a facilidade para marcar consulta de revisão mais elevada entre os homens ($p=0,03$). Ter vínculo com um médico e considerá-lo referência para o acompanhamento da saúde, foi citado por 55,2% dos entrevistados, sendo o médico da UBS o mais referido. A maioria dos indicadores de relação interpessoal apresentou resultados *satisfatórios* ou *excelentes*. Telefonar e falar com o médico foi o pior indicador dessa dimensão com resultado *crítico* nos serviços públicos. Após análise ajustada, nenhum fator permaneceu associado à longitudinalidade do cuidado. A pesquisa revelou vínculo entre a população atendida e o profissional médico, no entanto há problemas na acessibilidade organizacional que apontam para necessidade de estratégias que aprimorem esses atributos visando a acessibilidade e longitudinalidade do cuidado e, conseqüentemente, a orientação dos serviços para o fortalecimento da APS.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

RADIGONDA, Bárbara. **Assessment of the accessibility to primary healthcare services and the longitudinality of care among adults.** 2017. 184p. Thesis (Doctorate in Public Health). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

ABSTRACT

Primary healthcare (PHC) must be the preferred contact of users, the main gateway, and the communication hub with the entire healthcare network. Accessibility and longitudinality are among the essential attributes of PHC and impact the effectiveness of care and user satisfaction. Evaluations based on everyday analyses detect shortcomings and contribute to improving PHC. The present study aims to analyze and assess the accessibility of PHC services and the longitudinality of care among a group of adults from the general population. This is a cross-sectional study on adults 40 years old or more who took part in the population-based study VIGICARDIO carried out in the city of Cambé, PR, Brazil in 2011. In 2015, the second contact was made with the population interviewed at the baseline to check for changes in cardiovascular risk profile. The evaluation in the present study employed questions proposed in the PCATool – Brazil for adult users. A matrix of indicators was built, and the individual score, indicator score, and index made up of the analysis dimensions – organizational accessibility and longitudinality – were calculated. The results were assessed according to the values obtained: 2.0-1.80, Excellent; 1.79-1.40, Satisfactory; 1.39-1.00, Regular; <1.00, Critical. The descriptive and association analysis included self-reported sociodemographic and economic variables, medication use, arterial hypertension, and diabetes. The analyses were performed using Poisson regression with robust error variance at 5% significance. 885 adults of the 1,180 participants at the baseline were interviewed. Among the 92.5% of subjects that reported having a reference service, the Basic Health Unit was the most commonly mentioned as first contact for a non-urgent health issue. The organizational accessibility to the Basic Health Unit proved inferior to the other services analyzed – SUS specialties and private insurance/cash-pay. Most indicators of accessibility to the Basic Health Unit showed results considered critical and counseling over the phone had the worst indicator in this dimension. The proportion of those able to receive care over the phone was significantly higher among women ($p=0.001$) and the ease to schedule a return visit was greater among men ($p=0.03$). Having a connection with a physician and considering him or her a reference in healthcare follow-up was mentioned by 55.2% of the respondents, with the Basic Health Unit physician being mentioned the most. Most indicators of interpersonal relation had satisfactory or excellent results. Calling in and talking to the physician had the worst indicator in this dimension, with critical result in public healthcare. After the adjusted analysis, no factor remained associated with longitudinality of healthcare. The research revealed a link between the patient population and physicians. However, issues in organizational accessibility point to the need for strategies that enhance those attributes aiming at accessibility and longitudinality in healthcare and, consequently, healthcare services focusing on strengthening PHC.

Key words: Health Evaluation. Health Services. Primary Health Care. Health Services Accessibility. Continuity of Patient Care.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo final de determinantes da utilização dos serviços de saúde.....	28
Figura 2 -	Percentual de pessoas que referem posto/centro de saúde como serviço de uso regular, segundo grandes regiões, Brasil.....	30
Figura 3-	Percentual de pessoas que referem ambulatório de hospital como serviço de uso regular, segundo grandes regiões, Brasil.	31
Figura 4-	Distribuição dos componentes contemplados no instrumento Primary Care Assessment Tool – PCATool, segundo atributos da atenção primária em saúde.	40
Figura 5-	Localização do município de Cambé /PR.....	49
Figura 6 -	Relação dos estabelecimentos de saúde do município de Cambé-PR, segundo nível de complexidade e natureza, 2017.....	52
Figura 7 -	Representação do processo de amostragem do projeto Vigicardio, município de Cambé-PR, 2011.....	57
Figura 8 –	Questões do instrumento de coleta de dados, segundo indicadores para avaliação da acessibilidade organizacional e longitudinalidade, Cambé –PR, 2015.....	64
Figura 9 -	Matriz de Indicadores para avaliação da acessibilidade organizacional e longitudinalidade, Cambé –PR, 2015.....	68
Figura 10-	Construção do escore individual, escore do indicador e índice composto por dimensão de avaliação, Cambé-PR, 2015.....	69
Figura 11-	Fluxo da composição da população de estudo, Cambé-PR, 2015.	73
Figura 12–	Fluxo de composição dos indivíduos com serviço para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.....	74
Figura 13-	Indicadores do critério obtenção de consulta segundo o tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.	78
Figura 14-	Obtenção de consulta por escore de indicadores segundo tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé – PR, 2015.....	79

Figura 15-	Indicador do critério turno de funcionamento segundo o tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.	84
Figura 16-	Turno de funcionamento por escore de indicador segundo tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé – PR, 2015.....	84
Figura 17 –	Fluxo de composição dos indivíduos com médico para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.	85
Figura 18 -	Indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo o tipo de médico de referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.....	90
Figura 19-	Relação interpessoal por escore de indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo tipo de médico, Cambé – PR, 2015.	91
Figura 20-	Indicadores do critério comunicação interpessoal segundo o tipo de médico de referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.....	96
Figura 21-	Relação interpessoal por escore de indicadores do critério comunicação interpessoal segundo tipo de médico, Cambé – PR, 2015.....	97

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Indivíduos (n e %) segundo situação do uso de serviços de saúde no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, Cambé - PR, 2015.....	75
Tabela 2-	Distribuição do serviço de saúde utilizado como referência para o primeiro contato em problema de saúde não urgente segundo afiliação com plano de saúde, Cambé –PR, 2015.	76
Tabela 3 -	Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, da acessibilidade segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram a UBS como serviço de referência, Cambé-PR, 2015. (n=543 indivíduos).	81
Tabela 4-	Indivíduos (n e %) segundo situação de utilização de médico para o acompanhamento da saúde, Cambé - PR, 2015.	86
Tabela 5 -	Distribuição do médico de referência para o acompanhamento da saúde segundo afiliação a plano privado de saúde, Cambé –PR, 2015.....	87
Tabela 6-	Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do escore individual da longitudinalidade segundo características dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).....	88
Tabela 7-	Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).	93
Tabela 8-	Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério comunicação interpessoal segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).	98

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CISMEPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ – AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RENAME	Relação Nacional de Medicamento
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGICARDIO	Projeto de pesquisa “Doenças Cardiovasculares no estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO	27
1.1.1	Utilização da Atenção Primária: porta de entrada	27
1.2	ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL: ASPECTOS CONCEITUAIS	32
1.3	LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO: FONTE REGULAR E RELAÇÃO INTERPESSOAL	35
1.4	AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool)	38
1.5	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	41
2	OBJETIVOS	44
2.1	GERAL	44
2.2	ESPECÍFICOS	44
3	MATERIAL E MÉTODOS	46
3.1	DELINEAMENTO	46
3.1.1	Projeto VIGICARDIO	46
3.2	LOCAL DO ESTUDO	48
3.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	56
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57
3.5	COLETA DE DADOS	60
3.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO	61
3.6.1	Variáveis de análise da utilização dos serviços	61
3.6.2	Variáveis de avaliação da acessibilidade organizacional	62
3.6.3	Variáveis de análise da continuidade longitudinal – fonte regular de cuidados	65
3.6.4	Variáveis de avaliação da longitudinalidade – relação interpessoal	65
3.7	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	66
3.8	FONTES DE FINANCIAMENTO	70
3.9	ASPECTOS ÉTICOS	70
4	RESULTADOS	73

4.1	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	74
4.2	ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	76
4.2.1	Obtenção da consulta.....	76
4.2.2	Turno de funcionamento	83
4.3	FONTE REGULAR DE CUIDADOS	85
4.4	RELAÇÃO INTERPESSOAL.....	87
4.4.1	Conhecimento médico sobre o indivíduo	88
4.4.2	Comunicação interpessoal.....	95
5	DISCUSSÃO.....	101
5.1	UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO – UBS COMO PRINCIPAL PORTA DE ENTRADA.....	101
5.2	ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL	107
5.2.1	Obtenção da consulta.....	107
5.2.2	Turno de funcionamento	113
5.3	LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO – FONTE REGULAR DE CUIDADO	116
5.4	LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO – RELAÇÃO INTERPESSOAL	120
5.4.1	Conhecimento médico sobre o indivíduo	120
5.4.2	Comunicação interpessoal.....	124
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	130
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICE	153
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS VIGICARDIO.....	153
	ANEXO	182
	ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE	
	ESTADUAL DE LONDRINA	182

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A ideia de Atenção Primária à Saúde (APS) foi utilizada como forma de organização pela primeira vez no relatório de Dawson, em 1920. O referido relatório se contrapôs ao modelo flexneriano americano e propôs um modelo de organização baseado na hierarquização dos níveis de atenção à saúde (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Este modelo que trouxe a regionalização e a integralidade como características básicas da APS influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo (MATTA; MOROSINI, 2006).

Após cinco décadas, a APS foi apresentada como estratégia para alcançar a meta da política internacional “Saúde para Todos no Ano 2000” proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) com o intuito de melhorar os indicadores populacionais de saúde. Os princípios dessa política, anunciados na conferência realizada em Alma Ata, apontavam a APS como sendo parte integral e porta de entrada do sistema de saúde dos países, com a organização de serviços locais de saúde centrados nas necessidades da população e fundados numa perspectiva universal, integral e de continuidade da atenção. Assim, os cuidados primários de saúde são definidos como (UNICEF, 1979):

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do 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 sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (p.3).

Entretanto, as características propostas em Alma-Ata nem sempre se traduziram em uma transformação efetiva dos sistemas de saúde de modo que autoridades de saúde nacionais e globais passaram, muitas vezes, a olhar para a APS como mais um programa de prestação de cuidados pobres a pessoas pobres (OMS, 2008).

Comemorando os trinta anos da Declaração de Alma-Ata o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, intitulado “Atenção Primária à Saúde: agora mais do que nunca” deu novo impulso à revitalização da APS de modo que se opõe à ideia de atenção primária seletiva que imperou nos países em desenvolvimento. Esse informe propõe a atenção primária integral centrada na pessoa de modo a responder às necessidades individuais e coletivas, estabelecer uma relação duradoura, garantir atenção integral e contínua, responsabilizar-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade, promover a autonomia e participação das pessoas e enfrentar os determinantes da má saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OMS, 2008).

Starfield, importante estudiosa do tema, considera a APS como um nível de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada à doença), para as condições no decorrer do tempo, coordena e integra a atenção fornecida por outros serviços (STARFIELD, 2002). Para essa autora a APS é composta por quatro atributos essenciais – atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação – e três derivados – orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002) que refletem o grau de orientação dos serviços para APS.

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma gradual desde o início do século XX com os centros de saúde em 1924 organizados a partir de uma base populacional e com práticas de educação sanitária (MATTA; MOROSINI, 2006). Na década de 1940 a centralização e a verticalização das ações de saúde pública foram aprofundadas a partir da criação dos Serviços Nacionais de Saúde, voltados para doenças específicas e do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) cujo modelo era mais abrangente com articulação entre ações coletivas e preventivas e curativas sob a influência da medicina preventiva norte-americana por meio de convênios com a Fundação Rockefeller (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Frente a esse cenário, ao processo de democratização que ocorria no país e aos preceitos da Atenção Primária em Saúde propostos na conferência em Alma-Ata foi organizado, na segunda metade da década de 1970, um movimento social que propôs a Reforma Sanitária e, posteriormente, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2009b). Nesse contexto, é realizada, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) considerada como um marco de transformação dos fóruns uma vez que diferentemente das anteriores

e pela primeira vez incluíram-se a participação dos usuários do sistema de saúde. Reunindo mais de quatro mil pessoas, a 8^o CNS discutiu e aprovou temas que se desdobraram em diretrizes válidas ainda hoje como a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito da cidadania e o dever do Estado (ESCOREL, 2012).

Com a Constituição da República de 1988, as bases legais para a organização do SUS foram fixadas e a saúde passou a ser reconhecida como um direito social cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo (PAIM, 2009a). A APS tida como um dos fundamentos do SUS foi impulsionada, em 1991, pela criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), pela institucionalização, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) e pelo incentivo financeiro ao PSF por meio da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96) que retomou a discussão acerca do modelo de atenção a ser construído e definiu o financiamento específico para a atenção básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Com a NOB/96, implantada apenas em 1998, são definidos claramente os papéis dos níveis municipal, estadual e federal no âmbito do SUS de modo que permitiu a promoção da expansão da municipalização, com consequente incremento da APS (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001). Vale ressaltar que o município de Londrina – PR foi um dos pioneiros no processo de municipalização, na década de 1970, mesmo antes dessa se tornar política nacional. Esse movimento influenciou os municípios vizinhos – Cambé e Ibiporã que começaram a implantar o modelo da Atenção Primária e deram início às atividades em 1979. Por essa razão, com a Constituição de 1988, o Estado do Paraná tem papel destacado e desponta como liderança no processo de implantação do modelo de saúde proposto (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001).

Desde a criação do SUS passou-se a utilizar mais, no Brasil, o termo “atenção básica” para designar atenção primária no SUS com o propósito de distanciar-se dos programas de APS seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Entretanto, alguns documentos não fazem diferença entre APS e atenção básica revelando que não há consenso para a utilização dos termos, uma vez que ora são utilizados como sinônimos, ora em contraposição (GIL, 2006). Diante disso, no presente estudo optou-se por considerar APS como sinônimo de atenção básica tendo em vista que ambas são estratégias de reordenamento

do setor a partir da organização do primeiro nível de assistência e porta de entrada para o sistema.

A Saúde da Família é tida como Estratégia de Saúde da Família (ESF) passando a ser entendida como um modelo de reorientação do modelo de atenção e das práticas e fortalecimento dos fundamentos e diretrizes da atenção básica (BRASIL, 2012a). A ESF inspira-se nas resoluções de Alma Ata e reforça os princípios e diretrizes do SUS (FERTONANI et al., 2015) como universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, da responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012a). As práticas na ESF, desenvolvidas próximas das pessoas, têm como objetivo ultrapassar o enfoque seletivo em direção à abordagem integral das dimensões biopsicossociocultural e relacional da população atendida (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), houve aumento gradual da cobertura da atenção básica por meio da ESF que alcançou, em 2014, 56,41% da população do país, por meio do trabalho de 34.702 equipes (BRASIL, 2014a). Pesquisas sobre a ESF têm sido realizadas em quase todos os estados da federação, fato que evidencia a importância estratégica do desenvolvimento desse modelo de atenção no País (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Os resultados das pesquisas mostram contribuições da ESF como a expansão de serviços às populações em situação de rua (CARNEIRO JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010), ampliação da oferta de serviços nas áreas periféricas e rurais, nos vazios assistenciais em pequenos municípios, na promoção da saúde, na assistência familiar, no vínculo com o indivíduo e na adesão das ações no tratamento de doenças crônicas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Entretanto, há ainda um longo caminho a ser percorrido até a hegemonia do novo modelo assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Entre os desafios a serem enfrentados para a consolidação da APS nos municípios brasileiros estão os relacionados aos incentivos financeiros federais, à política adequada de recursos humanos que viabilize a formação, à qualificação dos profissionais para atuarem na atenção básica, ao desenvolvimento de ações comunitárias e à mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais, promover a saúde e o acesso dos

indivíduos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; HEIMANN et al., 2011; SOUZA; MACHADO; NORONHA, 2015).

Frente a isso a abordagem do primeiro contato - uso e acessibilidade - e da longitudinalidade do cuidado torna-se relevante uma vez que são atributos fundamentais para o enfrentamento dos desafios para a consolidação da APS (BRASIL, 2013c).

1.1 ATENÇÃO AO PRIMEIRO CONTATO

A atenção ao primeiro contato, atributo essencial da atenção primária segundo Starfield (2002), é composto por acessibilidade – característica estrutural ou de capacidade de atenção - e uso do serviço – característica do processo ou desempenho da atenção - a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Esses elementos – uso do serviço e acessibilidade - traduzem o potencial e o alcance do atributo atenção ao primeiro contato, de modo que esse atributo é contemplado quando seus usuários o percebam como acessível refletindo na sua utilização (STARFIELD, 2002).

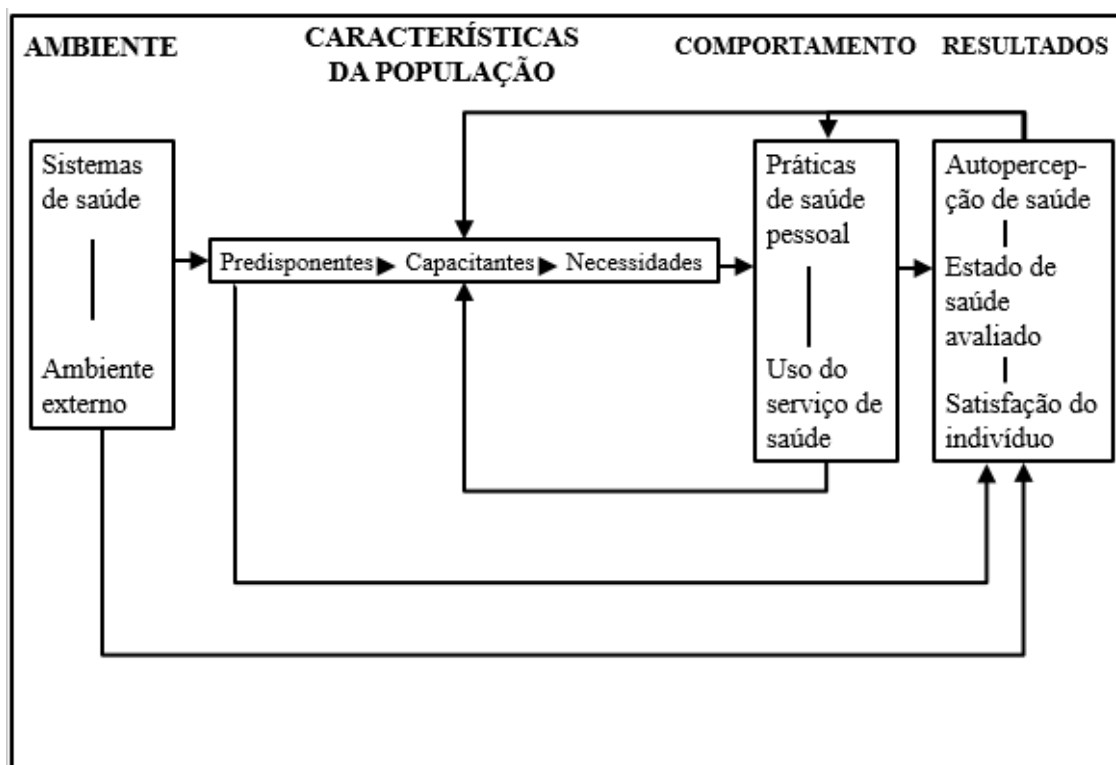
1.1.1 Utilização da Atenção Primária: porta de entrada

A utilização dos serviços de saúde resulta de uma interação entre o comportamento do indivíduo que procura cuidado, os serviços a ele disponíveis e o profissional de saúde, que é quem define, em última instância, o tipo e a intensidade de serviços requeridos para responder aos problemas de saúde dos indivíduos (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Dentre os modelos de explicação da utilização de serviços de saúde existentes, o proposto por Andersen e Newman tem sido mais aplicado tanto nos estudos de utilização quanto de acesso (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Esse modelo vem sendo modificado ao longo dos anos de modo que os autores identificam os fatores que explicam a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). No modelo inicial (década de 60) Andersen e colaboradores (1995) indicavam que somente os fatores individuais – predisponentes (características demográficas, sociais, atitudes, valores e conhecimento do indivíduo), capacitantes (renda, plano de saúde e oferta de serviços) e de necessidades de saúde – determinavam a utilização dos serviços de saúde. Nos anos 70, após revisão do modelo, foi proposta a fase 2 que inclui a política, os recursos e a organização dos sistemas de saúde como importantes determinantes da utilização dos serviços pela população (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ANDERSEN, 1995). Nessa fase também foram inseridas medidas de

uso do serviço como o tipo de serviço, local, propósito e intervalo de tempo da utilização e a relação desses com os resultados medidos por meio da satisfação do usuário (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ANDERSEN, 1995).

A terceira fase do modelo (década de 80 e 90) foi proposta em meio a ideia de que o serviço teria relação com a manutenção e melhoria do status de saúde da população e o acesso considerado como importante característica do serviço de saúde para a utilização (ANDERSEN, 1995). Na quarta e última fase os autores apresentam um modelo dinâmico da utilização dos serviços em que retratam as múltiplas influências na utilização e, por consequência, no estado de saúde da população, conforme apresentado na figura 1 (ANDERSEN, 1995).

Figura 1 - Modelo final de determinantes da utilização dos serviços de saúde.



Fonte: ANDERSEN (1995, p. 8)

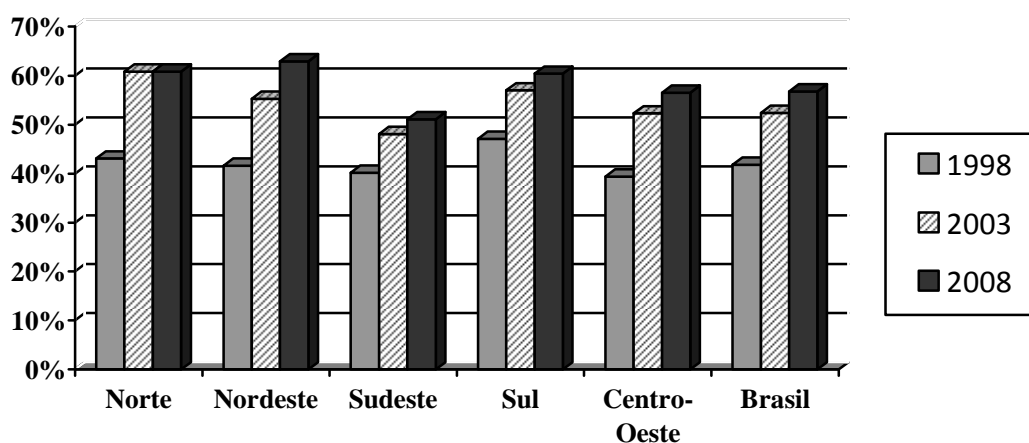
Dessa forma, Travassos e Castro (2012) ressaltam que o padrão de utilização dos serviços reflete não apenas fatores individuais predisponentes e o perfil de necessidades de saúde da população, mas também as características do ambiente externo e dos sistemas de saúde. No âmbito dos sistemas de saúde, a APS é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial que tenham em seu centro o usuário-cidadão. Nesse contexto, é preconizada a utilização desse serviço como porta de entrada em meio a um sistema integrado que implica na hierarquização dos serviços em níveis crescentes de complexidade e pressupõe existir um serviço de primeiro contato – porta de entrada a cada vez que o indivíduo necessita de atenção em caso de adoecimento e/ou acompanhamento de sua saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

A utilização da atenção primária como porta de entrada é benéfica ao indivíduo uma vez que os médicos e profissionais desse serviço possuem visão mais ampliada, pois se defrontam com uma diversidade muito maior quando comparados aos especialistas, visto que trabalham na comunidade em que as manifestações de doenças são geralmente influenciadas por seu contexto social (STARFIELD, 2002). Esses profissionais também ajudam o indivíduo a entender o seu problema e a necessidade de atenção adicional ou não, pois, em geral, os indivíduos não conhecem suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar a fonte apropriada para atenção a muitos de seus problemas (STARFIELD, 2002).

No Brasil, as portas de entrada das redes de atenção à saúde no SUS foram definidas pelo decreto presidencial n. 7.508 de 2011, ao regulamentar a lei n. 8.080/90 (BRASIL, 2011). A partir desse decreto, as portas de entradas às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde são os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto que correspondem a serviços de saúde específicos para atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial (BRASIL, 2011). Assim, os serviços de atenção primária, ou de primeiro nível, para cumprir com seus atributos devem estar integrados a uma rede assistencial (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) e a atenção básica, apesar de não ser a porta de entrada exclusiva, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

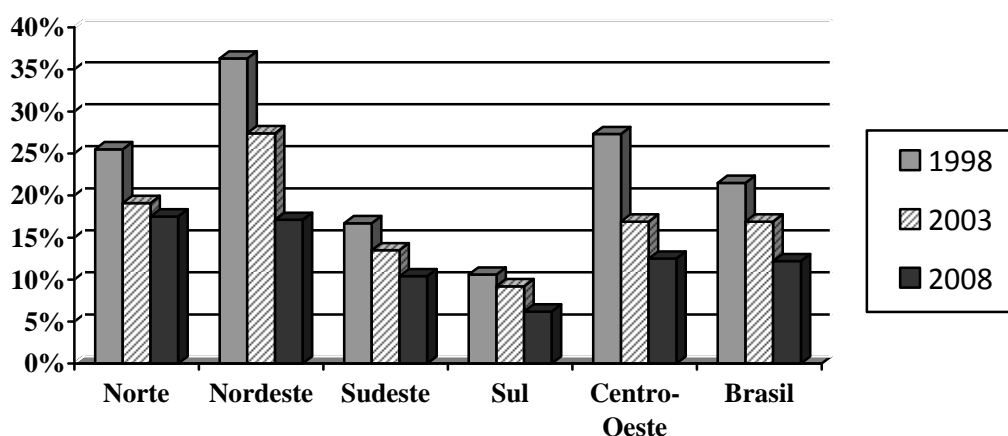
Tendo em vista a rede de serviços de atenção básica disponível no País, há condições de a atenção básica ser, de fato, a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde uma vez que em meados do ano de 2016 já somava 40,6 mil unidades básicas de saúde em funcionamento (BRASIL, 2016). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2008, mais de 70% da população brasileira referiram que têm um serviço de uso regular, sendo cada vez mais os postos ou centros de saúde os serviços referidos pelas pessoas como serviço regularmente procurado - de 42% em 1998, para quase 57%, em 2008 (Figura 2) (VIACAVA, 2010). Além disso, observou-se também que a referência a serviços mais especializados, como ambulatório de hospitais, vem diminuindo em todas as regiões do país (Figura 3) (VIACAVA, 2010).

Figura 2 - Percentual de pessoas que referem posto/centro de saúde como serviço de uso regular, segundo grandes regiões, Brasil.



Fonte: VIACAVA (2010, p. 14).

Figura 3– Percentual de pessoas que referem ambulatório de hospital como serviço de uso regular, segundo grandes regiões, Brasil.



Fonte: VIACAVA (2010, p. 15).

Dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2013) mostraram que 77,8% dos brasileiros costumavam procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisavam de atendimento, sendo mais frequente entre os indivíduos com menos de 18 anos ou de 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2013). Nessa pesquisa observou-se também que a maior parcela das pessoas (47,9%) indicou a Unidade Básica de Saúde (UBS) como o estabelecimento que costumava procurar quando precisava de atendimento de saúde, seguido de 20,6% que referiram consultório particular ou clínica privada, 11,3% que citaram unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público e 10,3% que informaram hospital público ou ambulatório (IBGE, 2013).

O fato de cada vez mais os postos de saúde serem referidos pelas pessoas como serviço regularmente procurado sugere melhorias no acesso aos serviços de atenção primária. Esse nível de atenção pode vir a ser o principal serviço de primeiro contato para um problema de saúde não urgente à medida que contemple os atributos qualificadores de modo a se tornar de fato o centro da rede de cuidados em saúde. Dessa maneira, avanços consideráveis na continuidade da atenção e resolutividade do cuidado poderão ser alcançados.

Magalhães Junior e Pinto (2014) defendem que a atenção básica tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação das necessidades de saúde individuais e coletivas da população. Assim, melhorias na oferta dos serviços de

atenção básica podem refletir na capacidade em produzir serviços e responder às necessidades de saúde da população de modo que o conhecimento e amenização das barreiras de acessibilidade organizacional são ferramentas que contribuem nesse processo.

1.2 ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL: ASPECTOS CONCEITUAIS

Uma revisão sistemática que englobou a produção de vários autores internacionais estudiosos do tema em questão verificou que não há concordância entre autores a respeito do emprego do termo “acesso” ou “acessibilidade” (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Starfield, autora utilizada como referencial teórico, distingue o termo “acesso” de “acessibilidade” e considera acessibilidade como uma característica estrutural ou de capacidade de atenção que possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Já o acesso é a forma como a pessoa experimenta a atenção ao primeiro contato do serviço de saúde. Assim, para essa autora a acessibilidade se constitui de um mecanismo para oferecer acesso ao atendimento e envolve a localização do serviço, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade (STARFIELD, 2002).

Entretanto, alguns autores priorizam o termo “acesso” e empregam como sinônimo de acessibilidade (ADAY; ANDERSEN, 1974). No Brasil, o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção está entre as diretrizes preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a). Nesse sentido, a promoção do acesso ao sistema de saúde foi implementada por meio da rede de cuidados primários de saúde implantada em todo o território nacional (ESCOREL et al., 2007). Entretanto, apesar da expansão do modelo e de suas contribuições, estudos apontam que o acesso ainda precisa ser aperfeiçoado (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; LIMA; ASSIS, 2010). As desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente, conforme os princípios e diretrizes estabelecidos (ASSIS, 2014; LIMA et al., 2007). Além disso, observa-se que o acesso não é universal (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA; ASSIS, 2010),

provavelmente pelo fato dos indivíduos enfrentarem barreiras de acessibilidade (ALBUQUERQUE et al., 2014; ARAÚJO et al., 2014; HARZHEIM et al., 2016).

Diferentes dimensões de acessibilidade são utilizadas para elaborar uma tipologia de obstáculos que dificultam a busca e obtenção de assistência nos serviços de saúde (FRENK, 1985). Essas dimensões se inter-relacionam e influenciam na capacidade das pessoas de utilizarem os serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Donabedian (1973) apresenta duas dimensões de acessibilidade: geográfica e socioorganizacional (DONABEDIAN, 1973).

As barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Estudos observam resultados satisfatórios na acessibilidade geográfica às UBS de modo que as pessoas possuem facilidade para se deslocar até o serviço (MELO et al., 2015) e as UBS estão instaladas próximo ao domicílio dos usuários (ALBUQUERQUE et al., 2014). Oliveira e colaboradores, a partir de um estudo de base populacional, observaram que embora as barreiras geográficas tenham sido identificadas como obstáculos, estas não se mostraram como impedimentos à utilização das consultas nas UBS estudadas (OLIVEIRA et al., 2012).

Barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços e do tipo e da qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam sua utilização como por exemplo a conveniência de horário de funcionamento dos serviços, o tempo de espera para ser atendido, tipo de profissional disponível, existência de medidas de acolhimento e humanização e qualidade técnica do cuidado (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Essa dimensão deve ser fortalecida no nível básico da atenção de modo que se estabeleça os fluxos de atendimentos para dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários (ASSIS; JESUS, 2012).

Estudos têm verificado fragilidades em alguns aspectos organizacionais do serviço que se constituem barreiras evidentes que dificultam a entrada e a permanência do usuário no sistema de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2014;

OLIVEIRA et al., 2012) como o tempo de agendamento (OLIVEIRA et al., 2012), dificuldades para marcação de consulta (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; GIOVANELLA, 2014) e de referência aos serviços especializados (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

A institucionalização de um sistema efetivo de referência e contra referência é um dos grandes desafios para os gestores e profissionais (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). A face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros a respeito da saúde é a fila de espera e o tempo para marcação de consultas médicas especializadas (SOLLA; CHIORO, 2012). Desse modo, tem-se a ausência de integração da rede assistencial, que associada à oferta insuficiente resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera, a não garantia do acesso à atenção especializada e oportunidade de utilização dos serviços necessários, considerado um dos pontos de estrangulamento e o grande gargalo do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2014; SOLLA; CHIORO, 2012).

Diante disso, emerge a questão sobre as barreiras organizacionais que a população enfrenta na obtenção do cuidado uma vez que o modo de organização dos serviços pode contribuir para uma maior utilização das unidades de saúde (OLIVEIRA et al., 2012) e há desafios a serem superados nesse âmbito (ALBUQUERQUE et al., 2014; BARBIANI et al., 2014). Ademais, essas barreiras são um dos principais entraves à análise da acessibilidade aos serviços (FEKETE, 1997) e um dos aspectos de maior governabilidade dos gestores municipais de saúde (BRASIL, 1995).

Esses aspectos tornam-se mais importante diante do rápido envelhecimento populacional do Brasil e de um crescimento considerável dos agravos crônicos, uma vez que a atuação sobre esse complexo perfil de necessidades requer do sistema de saúde uma organização assistencial contínua (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Os cuidados aos agravos crônicos implicam utilização simultânea de serviços de diversas complexidades, resultando em interdependência interorganizacional e exigindo coordenação intra e entre níveis de atenção (GIOVANELLA, 2014). Nesse sentido, a longitudinalidade é fundamental para assegurar uma atenção integral e coordenada.

1.3 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO: FONTE REGULAR E RELAÇÃO INTERPESSOAL

O termo longitudinalidade não é usual na literatura nacional e nem há consenso quanto à sua definição (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). McWhinney & Freeman (2009), autores que discutem o conceito no âmbito da APS, utilizam o termo “continuidade do cuidado” e definem como conceito chave a responsabilidade. Segundo esses autores, o médico é o responsável por assegurar a continuidade do cuidado por meio de sua competência e acompanhamento dos aspectos da saúde (MCWHINNEY; FREEMAN, 2009). O acesso, a boa comunicação e os mecanismos que dão abertura para a próxima consulta são algumas condições prévias essenciais para a continuidade do cuidado (MCWHINNEY; FREEMAN, 2009).

Especialistas do Institute of Medicine of the National Academy of Sciences in Washington, que discutem o conceito no âmbito da APS, também utilizam o termo “continuidade do cuidado” que é definida como um relacionamento contínuo entre médico e indivíduos de modo que tal relação favoreça tanto o profissional quanto o indivíduo, uma vez que oportuniza o indivíduo conversar sobre seus problemas e os médicos a terem momentos apropriados para aconselhamentos (INSTITUTE OF MEDICINE, 1996). Assim, ao longo dos anos, o médico consegue uma melhor atuação pelo fato de presenciar distintos períodos da doença de modo a conhecer o histórico e aprimorar o tratamento (INSTITUTE OF MEDICINE, 1996).

Para Starfield (2002) longitudinalidade é um dos atributos essenciais, central e exclusivo da atenção primária em saúde. Segundo a autora, longitudinalidade é caracterizada pela existência de uma fonte de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo e consolidação de uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde (STARFIELD, 2002).

A fonte regular de cuidado - um dos fatores inerentes à longitudinalidade - pode ser tanto um profissional específico quanto uma equipe que o indivíduo tem como referência para os atendimentos da maioria das necessidades de saúde. A longitudinalidade envolvendo uma relação com um profissional específico confere benefícios que são mais amplos do que aqueles envolvendo apenas uma relação com um local específico devido à facilidade de reconhecimento dos problemas e ao senso de confiança no médico, adquirido ao longo de um tempo, que pode deixar os pacientes

mais confortáveis e, por consequência, incorporar melhor as recomendações (STARFIELD, 2002).

Evidências indicam que indivíduos que possuem fonte regular de cuidados tendem a realizar mais cuidados preventivos, como checagem do colesterol e exames de sangue de rotina, quando comparados àqueles que não têm (DEVOE et al., 2003; ETTNER, 1996). Estudo transversal de base populacional realizado em Pelotas com adultos com idade entre 20 a 69 anos verificou que mais de 70% dos homens que tiveram consultas relataram ter um médico de referência, fato que segundo os autores do estudo parece ter influenciado de forma positiva a prevalência de consultas (BASTOS et al., 2011). Nesse contexto, o médico de referência é aquele profissional que é o “médico de confiança” para o indivíduo, ou seja, o que possui um conjunto de qualidades ou características que são tomadas como modelo pelos indivíduos de modo que são procurados para cuidados de rotina.

A relação interpessoal entre indivíduo e profissionais da saúde é um dos componentes dos sete pilares da qualidade propostos por Donabedian (DONABEDIAN, 1990) e deve se refletir em uma relação intensa que expresse confiança mútua entre ambos (BRASIL, 2010a). Essa relação envolve características como o entendimento entre um e outro, a tranquilidade dos indivíduos em falar a respeito de suas preocupações, o interesse do profissional no usuário como pessoa e não como alguém com um problema médico e o conhecimento dos problemas que são importantes para o indivíduo (STARFIELD, 2002). Desse modo, com o passar do tempo, ambos passam a se conhecer, (STARFIELD, 2002) fato que resulta em benefícios para o bem-estar geral do indivíduo como satisfação e cooperação mútua no cuidado da saúde (DONABEDIAN, 1990).

No Brasil, os princípios e diretrizes que regem a atenção básica buscam fortalecer a longitudinalidade por meio do processo de adscrição da população que consiste na vinculação de pessoas/famílias e grupos a profissionais/equipes e construção de laços de afetividade e confiança entre o usuário e trabalhador da saúde (BRASIL, 2012a). A longitudinalidade é um dos atributos que obteve os melhores resultados nas avaliações realizadas nos municípios brasileiros de modo que se destaca entre os indicadores das demais dimensões da atenção primária (HARZHEIM et al., 2016;

IBAÑEZ et al., 2006; PAULA et al., 2016) e está inserida nas práticas de profissionais da ESF e gestores (ARCE; SOUSA, 2014).

Entretanto, apesar de a longitudinalidade envolver uma equipe multiprofissional e necessidade de (des)construção da prática centrada no saber médico, deve-se considerar que esse profissional tem um papel extremamente importante dentro da equipe (PERUCHINI et al., 2014) e é um líder para a comunidade (CAMPOS, 2005a). Assim, pesquisadores ressaltam a importância da abordagem do profissional médico uma vez que seu poder junto à população o destaca como figura central nos serviços de saúde, procurado para julgar qualquer alteração identificada como “doença” (CAPOZZOLO, 2003).

Nos serviços de atenção básica o trabalho médico deve ser uma prática incorporadora de outros saberes, articulada com outras atividades e trabalhos, para responder às necessidades tanto individuais de saúde quanto coletivas (CAPOZZOLO, 2003). A atuação não se limita em medicar, consultar ou examinar, e passa à significância de acolher a pessoa em si (MACHADO et al., 2016). Entre as atribuições específicas do médico estão a de se responsabilizar pelo acompanhamento do usuário mantendo-o de forma compartilhada com outros pontos de atenção se houver necessidade de encaminhamento (BRASIL, 2012a).

No encontro clínico deve se fortalecer a clínica ampliada, com vínculo e responsabilização pelo cuidado do usuário para a oferta de uma atenção de qualidade e resolutiva que diminua a medicalização e o consumo por mais atos e procedimentos médicos (CAPOZZOLO, 2003). Na clínica ampliada tanto é necessário intervir sobre a dimensão biológica e orgânica de variados riscos e enfermidades quanto enfrentar os riscos subjetivos e os sociais (CAMPOS, 2005b). Essa prática requer do profissional médico abertura para se inclinar para o paciente e para a escuta (CAPOZZOLO, 2003) de modo a criar possibilidades para construir vínculos duradouros com o indivíduo para incrementar a eficácia das intervenções clínicas (CAMPOS, 2005b).

Entretanto, o desenvolvimento dessas habilidades que viabilizam uma relação médico paciente de qualidade sob a ótica da atuação generalista consiste em um dos grandes desafios da prática médica, uma vez que a formação do médico ainda tem características de um mercado de trabalho voltado ao atendimento individual e

especializado, relacionado ao ambiente hospitalar e à alta tecnologia (LOBELLO, 2013). Além disso, observa-se que a prevalência do médico de referência para cuidados de rotina é baixa (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015) sendo mais elevada entre os indivíduos que possuem melhores condições socioeconômicas e são filiados à planos privados de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al., 2015; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003).

1.4 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool)

As decisões necessárias para atender os preceitos do SUS tais como universalidade, acesso, qualidade da atenção prestada são de difícil execução uma vez que envolvem um sistema de saúde complexo, grandes zonas de incertezas e expectativas da população (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010). Nesse sentido, informações sobre o modo de funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação do usuário são cada vez mais reconhecidas como necessárias e a avaliação parece ser uma alternativa adequada uma vez que deve contribuir para a tomada de decisões, comprometer-se com o aprimoramento das intervenções de saúde e melhorar a qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Segundo Champagne et al. (2011a, p. 44) (CHAMPAGNE et al., 2011), avaliar significa:

[...] emitir 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 [...]

O contexto conceitual da avaliação dos serviços de saúde baseado em Avedis Donabedian é pautado em três componentes: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1966). Nesse modelo de avaliação da qualidade a estrutura corresponde aos recursos físicos, materiais e humanos; o processo envolve todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, a partir da adequação das ações ao conhecimento técnico científico vigente; e o resultado refere-se ao produto final da assistência prestada (DONABEDIAN, 1966).

No Brasil, após a etapa de aumento considerável da cobertura da APS, concentram-se esforços para a melhoria de sua qualidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) frente à magnitude e heterogeneidade da ESF. Diversas iniciativas de avaliação da atenção básica têm sido realizadas pelo MS com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos. No ano de 2001 o Departamento de Atenção Básica do MS realizou uma avaliação normativa do PSF que buscou caracterizar o processo de implantação das equipes quanto à infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho (BRASIL, 2004). Em 2005, foi proposto um modelo de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) com uma metodologia de auto avaliação que orienta a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e suas práticas (BRASIL, 2005). A AMQ integra o componente de avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) juntamente com os Estudos de Linha de Base e os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Em 2011, o governo federal no contexto do Programa de Avaliação para qualificação do SUS lançou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015a). Esse programa, que iniciou o 3º ciclo em 2015, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação de trabalho das equipes de saúde com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade na atenção básica (BRASIL, 2015b).

Apesar dessas iniciativas de avaliação os instrumentos validados existentes não contemplam as interações entre os usuários e profissionais no âmbito da APS e nem mensuram a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em diferentes serviços de saúde nacionais. Assim, o PCATool é proposto pelo MS para preencher a lacuna (BRASIL, 2010a). Essa ferramenta, capaz de medir com base no indivíduo, a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS de modo a identificar o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados (BRASIL, 2010a), foi validada no Brasil em 2004 - versão infantil (HARZHEIM et al., 2006b), entre 2006 e 2007 – versão para usuários adultos (HARZHEIM et al., 2006a) e em 2013 – versão reduzida para usuários adultos (OLIVEIRA et al., 2013).

O PCATool foi desenvolvido por Starfield e cols na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center*, com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde de Donabedian de modo que cada atributo medido pelo instrumento contempla um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção (BRASIL, 2010a). Esse instrumento também foi validado em outros países (AOKI; INOUE; NAKAYAMA, 2016; BRESICK et al., 2015; LEE et al., 2009; MEI et al., 2016; PASARÍN et al., 2007; WANG et al., 2014), e é considerado por alguns pesquisadores brasileiros como o instrumento mais adequado para analisar o trabalho das equipes de saúde da família, pois é o que mais se aproxima da proposta da ESF conforme os pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (FRACOLLI et al., 2014).

O PCATool adulto versão completa contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, conforme figura 4 (BRASIL, 2010a).

Figura 4- Distribuição dos componentes contemplados no instrumento Primary Care Assessment Tool – PCATool, segundo atributos da atenção primária em saúde.

Atributo	Componente
➤ Acesso de Primeiro Contato	✓ Utilização
	✓ Acessibilidade
➤ Longitudinalidade	✓ Grau de afiliação
	✓ Longitudinalidade
➤ Coordenação	✓ Integração de Cuidados
	✓ Sistema de Informações
➤ Integralidade	✓ Serviços Disponíveis
	✓ Serviços Prestados
➤ Orientação Comunitária	✓ Orientação Comunitária
➤ Orientação Familiar	✓ Orientação Familiar

A versão reduzida do instrumento para usuários adultos é composta por 23 itens e contempla os atributos da APS como afiliação, primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, enfoque familiar e orientação comunitária (OLIVEIRA et al., 2013).

No PCATool a medição da atenção ao primeiro contato e da longitudinalidade, envolvem a análise da acessibilidade, do uso do serviço, da fonte regular e dos laços interpessoais do profissional com o indivíduo. A acessibilidade e o uso do serviço são referentes ao novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas

buscam atenção à saúde. Nesse atributo, a acessibilidade corresponde ao elemento estrutural da avaliação e a utilização ao elemento processual (STARFIELD, 2002).

A análise da longitudinalidade abrange a existência de uma fonte regular ao longo do tempo e os fortes laços interpessoais por meio do vínculo da população com sua fonte de atenção (STARFIELD, 2002), sendo este um dos atributos que apresenta maior contribuição para a estimação do escore do grau de orientação da APS (OLIVEIRA et al., 2013).

1.5 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

A atenção básica tem papel destacado na identificação, no manejo e na transformação das necessidades de saúde individuais e coletivas da população de um território determinado (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). É um nível de atenção considerado como porta de entrada prioritária da rede de atenção à saúde e possui atributos que permitem impactos positivos em saúde e na efetividade do enfrentamento dos agravos crônicos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A acessibilidade e a longitudinalidade são atributos essenciais da atenção primária que influenciam na efetividade do cuidado, na satisfação do indivíduo e na qualidade de vida. Esses atributos se tornam mais relevantes frente ao perfil epidemiológico brasileiro que se caracteriza pelo envelhecimento da população e pelo aumento dos agravos crônicos, uma vez que são desafios que exigem atenção contínua, proativa e integral, sob a coordenação da APS (MENDES, 2012).

No entanto, algumas barreiras ainda estão presentes nos serviços como demora para o agendamento de consulta, elevado tempo de espera e dificuldade do profissional médico em atuar conforme os preceitos da APS. Nesse sentido, buscando contribuir com o aprimoramento da atenção básica o Ministério da Saúde adotou o PCATool para avaliar as interações entre os usuários e profissionais no âmbito da APS e mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados.

Nesse contexto, entende-se que a avaliação é a emissão de um juízo de valor sobre uma intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011) de modo que corresponde a uma atividade decorrente das informações produzidas no cotidiano da atenção que, apesar de insuficientes para captar todas as mudanças, são essenciais para os processos de transformação das práticas de saúde (FELISBERTO, 2004).

Assim, pesquisas avaliativas com informações produzidas a partir da análise do cotidiano da atenção contribuem no ajuste das práticas e aperfeiçoamento da APS frente aos desafios a serem superados para se instituir um serviço de atenção primária acessível, que constitua fonte regular de cuidados e estabeleça vínculo com o profissional de referência para o acompanhamento da saúde.

Assim, justifica-se a realização de estudos que buscam compreender a situação de utilização da atenção primária como porta de entrada, avaliar a acessibilidade organizacional e a longitudinalidade do cuidado na relação médico e indivíduo. Diante disso, as questões que orientam a presente tese são: Os indivíduos buscam a atenção básica para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente e têm dificuldades relacionadas aos aspectos organizacionais desse serviço? O médico da atenção básica é tido como fonte regular de cuidados pelos indivíduos e tem uma boa relação interpessoal com os usuários que o consideram como fonte regular de cuidados?

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar e avaliar a acessibilidade aos serviços de atenção primária e longitudinalidade do cuidado a partir da análise de dados relativos a uma população adulta de um estudo de base populacional.

2.2 ESPECÍFICOS

1. Analisar o (s) serviço (s) de saúde utilizado (s) pelos indivíduos para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente por tipo de serviço;
2. Avaliar a acessibilidade organizacional aos serviços de saúde utilizados pelos indivíduos no primeiro contato para um problema de saúde não urgente por tipo de serviço de referência;
3. Identificar os fatores associados às dificuldades de obtenção de consulta dos indivíduos que utilizam a UBS para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente
4. Analisar a fonte regular de cuidados segundo médico de referência para o acompanhamento da saúde por tipo de médico utilizado;
5. Avaliar a relação interpessoal entre os indivíduos e o médico utilizado para o acompanhamento da saúde por tipo de médico utilizado como referência;
6. Identificar os fatores associados aos indicadores da relação interpessoal dos indivíduos que consideram o médico da UBS como referência para o cuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem avaliativa e analítica. Esta pesquisa é parte de um estudo de seguimento intitulado “Doenças Cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações (VIGICARDIO)” (SOUZA et al., 2013).

3.1.1 Projeto VIGICARDIO

O VIGICARDIO consiste em um projeto iniciado em 2011 por pesquisadores - docentes e alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em parceria com o serviço de saúde de Cambé – PR - na área urbana do município de Cambé – PR a partir de um estudo transversal, de base populacional com adultos de 40 anos ou mais com o objetivo principal de constituir linha de base no estudo das doenças cardiovasculares e a utilização de serviços (SOUZA et al., 2013).

Assim, no *baseline*, a população de estudo foi obtida por meio de cálculo amostral com base na contagem da população com 40 anos ou mais do IBGE de 2007 e na distribuição proporcional da população em cada setor censitário do município, por sexo e faixa etária, conforme descrito no item 3.3. População de estudo. Foram excluídos os indivíduos com deficiência visual e ou auditiva grave não corrigida, ou com transtornos mentais que impedissem o entendimento dos procedimentos da entrevista, além daqueles que não compreendiam o idioma, desde que não estivessem sob a responsabilidade de um cuidador apto a fornecer informações solicitadas.

Foi realizado o estudo-piloto em bairro de um município vizinho, com o intuito de treinar os procedimentos relacionados à definição da pessoa a ser entrevistada, a abordagem familiar, o pré-teste do instrumento de coleta de dados, a confecção e digitação do banco de dados e a análise preliminar da proporção de recusa e correção do instrumento. Antes do trabalho de campo, os pesquisadores fizeram contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Cambé-PR e apresentaram o projeto aos coordenadores das áreas técnicas e das UBS, na reunião do Conselho Municipal de Saúde e em cada uma das UBS com o intuito de firmar parcerias interinstitucionais para divulgação da pesquisa e identificação das dificuldades na coleta de dados. O projeto

também foi divulgado pela imprensa – telejornais em rede regional e estadual, emissoras de rádio, jornais institucionais e gerais.

Para obtenção dos dados realizou-se entrevistas domiciliares, medidas antropométricas e coleta de material biológico para realização de exames laboratoriais. O trabalho de campo no domicílio começou pela apresentação dos entrevistadores – alunos de graduação e profissionais com formação superior na área da saúde – devidamente identificados e treinados, seguida de uma explanação sobre o estudo e a coleta de informações amostrais. Após identificação do morador elegível para participar da pesquisa, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente às assinaturas do participante e do entrevistador, iniciava-se a entrevista. Durante as entrevistas, que tiveram duração média de 30 minutos, além da aplicação das questões do formulário realizou-se medidas de peso, altura, circunferência abdominal e três medidas de pressão arterial. Ao final da entrevista eram agendados a data e o local da coleta de sangue de cada indivíduo, conforme disponibilidade e calendário previamente definido pela equipe de coleta. A coleta de sangue foi realizada na UBS da área de abrangência dos indivíduos, sendo que na impossibilidade de utilização desta realizou-se em espaços alternativos – como salões comunitários – ou no domicílio do indivíduo para casos com dificuldade de locomoção e incompatibilidade de horários do sujeito com os da equipe de coleta. A análise do material biológico foi realizada pelo Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário da UEL.

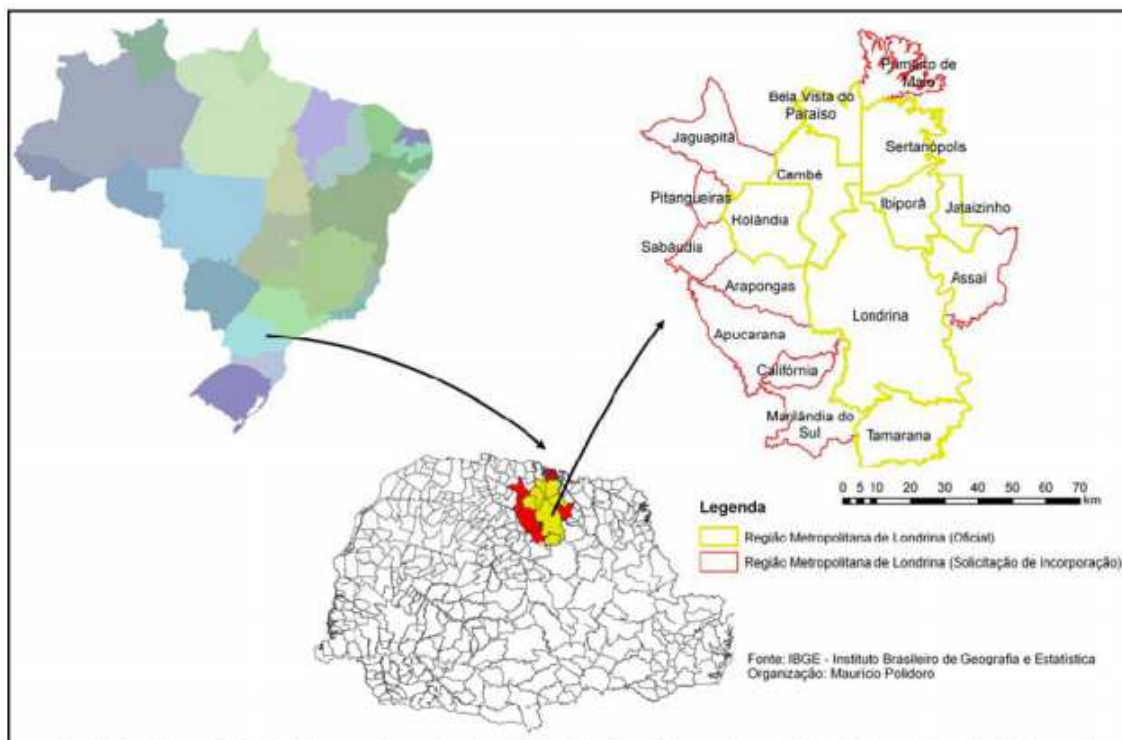
Ao final foram entrevistados 1.180 pessoas, sendo que 967 realizaram coleta de amostras de sangue. A proporção de homens e mulheres, em cada faixa etária, foi semelhante à da população total do município e a maior parte da amostra foi composta por indivíduos com parceiro (73,1%), que se declararam brancos (59,7%), que não tinham convênio médico/plano de saúde (57,7%), pertencentes à classe econômica B e C (86,0%) e com baixa escolaridade (4 anos ou menos de estudo) (48,1%). Entre os fatores de risco para doença cardiovascular analisados, a inatividade física no tempo livre foi o mais prevalente (71,4%), seguido por sobrepeso/obesidade (68,3%), hipertensão arterial (55,9%), baixo consumo de frutas (54,3%), baixos níveis de HDL-C (49,1%), baixo consumo de verduras e legumes (35,5%), tabagismo (20,0%) e consumo abusivo de álcool (17,5%) (SOUZA et al., 2013).

Quanto à utilização de serviços de saúde, 680 (57,6%) entrevistados disseram não ter plano de saúde ou convênio médico e 975 (82,6%) indivíduos referiram utilizar os serviços da unidade básica de saúde. Entre as pessoas que utilizam a UBS 67,5% disseram que não recebem visita das equipes de saúde da família, 53,1% referiram que recebem visita do ACS e 79,4% afirmaram que realizaram consultas médicas nos últimos 12 meses.

Em continuidade, no ano de 2015 foi realizado segundo contato com a população do *baseline* para verificar as alterações ocorridas. Na segunda onda, o estudo sobre a utilização de serviços foi ampliado, contemplando os objetivos da presente pesquisa. Desse modo, para o estudo da longitudinalidade do cuidado, considerou-se adequada esta população, uma vez que se tratam de indivíduos residentes no município pelo menos há quatro anos, aspecto primordial no estabelecimento do vínculo, conforme ressaltado previamente.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Cambé – PR - situado na Região Norte do Estado do Paraná na microrregião do município de Londrina e faz parte dos municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (Figura 5) (CAMBÉ, 1992, 2008, 2012). Cambé é considerado de médio porte segundo a administração do município e possui uma economia com predomínio do setor secundário que conta com 600 indústrias e representa 68,57% da economia municipal (CAMBÉ, 2013).

Figura 5- Localização do município de Cambé /PR.

Fonte: (POLIDORO; GONÇALVES; BARROS, 2011)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a estimativa de população para Cambé, em 2016, foi de 104.592 habitantes (IBGE, 2016b). No ano de 2010, de acordo com o censo do IBGE, 96,1% da população total residia na área urbana, 51,5% eram do sexo feminino, 36,8% tinham 40 anos ou mais, 56,8% das famílias tinham renda de até dois salários mínimos, a taxa de alfabetização era de 85,0%, a de não alfabetizados em maiores de 15 anos de 9,5% e a de desemprego de 10,1% (CAMBÉ, 2013; IBGE, 2010). Nesse mesmo ano, dos 30.370 domicílios particulares permanentes, 97,2% tinham lixo coletado, 99,9% possuíam energia elétrica e 95,6% tinham abastecimento de água pela rede geral (IBGE, 2010). Quanto a principal atividade econômica da população ocupada, a indústria de transformação é a mais prevalente (22,7%), seguida do comércio (18,1%) e construção civil (9,7%) (CAMBÉ, 2013).

Segundo dados de 2012 obtidos no Plano Municipal de Saúde 2013-2017 a taxa de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (<2.500g) do município, em 2012, foi de 6,4%, abaixo da média brasileira no ano de 2011, do estado do Paraná e da 17ª Regional

de Saúde. No mesmo ano, o coeficiente de mortalidade infantil do município foi classificado como baixa (8,55 por mil nascidos vivos) (CAMBÉ, 2013).

Do total de óbitos ocorridos no município, em 2011, a maior proporção foi por doenças do aparelho circulatório (29,2%), seguido de neoplasias (16,0%) e causas externas (15,5%). Entre os óbitos por doenças do aparelho circulatório, 77,0% corresponderam a doenças cerebrovasculares, isquêmicas do coração e hipertensivas. Entre as neoplasias, 36,1% foram do aparelho digestivo e 17,5% no respiratório. Já entre as causas externas houve predomínio dos óbitos por agressões e acidentes de transportes que totalizaram 79,0%. Quanto à análise da mortalidade proporcional por grupos de idade, 77,8% dos óbitos foram na faixa etária de 60 anos ou mais (CAMBÉ, 2013).

No perfil epidemiológico de morbidade da população residente em Cambé verifica-se estabilidade dos casos de AIDS a partir do ano de 2009, sendo contabilizados 16 casos em 2012 e aumento dos casos de leishmaniose e das notificações de hepatite B e C quando comparado aos dados de 2011. Os dados de 2012 também revelam que houve um aumento considerável nos casos de hanseníase e uma redução nos casos de tuberculose em relação aos anos anteriores. A dengue, que resultou em 804 casos confirmados em 2003, apresentou uma redução nos anos seguintes com 3 casos confirmados em 2004 e 2005, 125 casos confirmados em 2007, 11 casos confirmados em 2008 e 2009, 301 casos em 2010 e 338 casos em 2011. No ano de 2012 houve redução drástica no número de casos confirmados, comparado ao ano anterior, sendo confirmados 28 casos (CAMBÉ, 2013).

Entre as principais causas de internação pelo SUS do município, em 2012, estão as doenças do aparelho respiratório, as lesões por envenenamento e causas externas (CAMBÉ, 2013).

Quanto à organização dos serviços de atenção básica, em 1979, o município de Cambé começou a implantar o modelo de Atenção Primária a Saúde e instaurar as atividades de descentralização do sistema de modo que em 1984, com recursos do tesouro do Estado, foi dado início ao Programa de Extensão de Cobertura dos Serviços de Saúde que inaugurou a municipalização dos serviços (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001). A partir desse movimento, que ocorreu mesmo antes de a municipalização se

tornar uma política nacional, observa-se o crescimento nos serviços de forma que o município foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica e se adequou para a Gestão Plena Municipal (CAMBÉ, 2013).

O modelo de atenção preconizado pelo município prioriza a atenção básica como porta de entrada, de modo que a partir desse o usuário é referenciado para outros níveis. A rede de serviços de saúde municipal é constituída pelos níveis de atenção básica e média complexidade sendo composta por unidades públicas, filantrópicas e estabelecimentos privados contratados pelo SUS (CAMBÉ, 2016b). Além disso, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CNES, 2017) o município conta com uma oferta diversificada de serviços públicos e privados de diferentes níveis de complexidade, conforme apresentado na figura 6.

Figura 6 - Relação dos estabelecimentos de saúde do município de Cambé-PR, segundo nível de complexidade e natureza, 2017.

Tipo de estabelecimento de saúde	Nível de complexidade		
	Atenção Básica		
	N	Natureza	
Público		Privado	
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde*	13	13	-
Posto de Saúde†	1	1	-
Centro de Apoio a Saúde da Família	1	1	-
Total	15	15	-
Tipo de estabelecimento de saúde	Média Complexidade		
	N	Natureza	
		Público	Privado
Centro de Atenção Psicossocial	2	2	-
Clínica especializada/ambulatório especializado	8	2	6
Consultórios‡	68	-	68
Hospital Geral	2	-	2
Policlínica	2	1	1
Pronto Atendimento	1	1	-
Unidade de Serviço de Apoio de diagnose e terapia	9	1	8
Unidade móvel de nível pré-hospitalar	2	2	-
Total	94	9	85

*Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto Atendimento 24 horas. †Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. ‡Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.

Fonte: CNES (2017).

Quanto aos serviços de saúde municipais, na rede básica a Estratégia Saúde da Família, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Básica (APSUS) orientam o trabalho das equipes. O APSUS é uma ação estratégica definida e implantada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná – SESA para apoiar os municípios na melhoria da APS em todo o Estado de modo que esse nível de atenção pudesse exercer a coordenação do cuidado do cidadão. O APSUS tem três componentes sendo o primeiro relacionado ao investimento na melhoria da estrutura das unidades de

saúde (construção, ampliação, reforma da unidade e equipamentos), o segundo ao custeio para as equipes (incentivo estadual mensal) e o terceiro componente referente à educação permanente (oficinas e cursos para as equipes da APS). Em 2014, a SESA inaugurou a nova fase do APSUS, denominada de tutoria, com o objetivo de apoiar as equipes no gerenciamento dos processos prioritários, identificar ações críticas e padronizar as operações críticas indo além da discussão dos conceitos. A metodologia aplicada nesse processo busca promover a aplicação dos conceitos na realidade de cada equipe de modo a estabelecer padrões e protocolos que organizam o processo de trabalho e garantem a segurança do usuário e a equipe que o atende (PARANÁ, 2015).

Como estratégia motivacional para as equipes participantes do processo de tutoria foi estabelecido o selo de qualidade, segundo os fundamentos da APS e da gestão de qualidade, composto por três níveis de gestão da qualidade. Nesses níveis, o selo bronze – nível I – está relacionado ao gerenciamento de risco para garantir a segurança do cliente, o selo prata – nível II – visa aferir o gerenciamento dos processos de modo a garantir valor aos clientes finais e o selo ouro – nível III – objetiva verificar os resultados para garantir efetividade das ações desenvolvidas pela equipe para a sociedade (PARANÁ, 2015).

Em 2015, o município possuía 13 UBS Unidades de Saúde da Família na zona urbana e 24 Equipes de Saúde da Família distribuídas nas cinco regiões, com 100% de implantação da Estratégia Saúde da Família nas unidades de saúde e cobertura de atendimento à população de 90% (CAMBÉ, 2016b). As equipes de Saúde da Família eram compostas por médico, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo, agente comunitário de saúde, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. Os procedimentos da atenção básica eram realizados integralmente nas unidades básicas do município, de modo que eram desenvolvidas ações no âmbito individual e coletivo como programas de controle de hipertensão e diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, saúde mental, saúde do homem, controle de tuberculose e hanseníase. Das quatro UBS do município que participaram do processo de tutoria, três conquistaram o selo bronze de qualidade, sendo um entregue no ano de 2014 e os outros dois em 2016 (CAMBÉ, 2017).

Além das UBS a rede básica contava com 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-i), 1 Centro de Atenção

Psicossocial para Adultos (CAPS II) e 1 Unidade de Internação Domiciliar. O NASF do município contava com uma agenda pré-determinada de matriciamento, onde se discutem casos clínicos e agendas compartilhadas, além das atividades voltadas à educação permanente com o intuito de dar suporte à implantação de novas práticas e apoiar as equipes na qualificação de encaminhamentos a outros pontos de atenção. Além do apoio matricial, a equipe do NASF realiza atendimentos individuais quando necessário, participa de grupo de apoio psicológico, de práticas educativas e visitas domiciliares (CAMBÉ, 2016b).

O CAPS, inaugurado em 2006, realiza o trabalho de acolhimento e desenvolve atividades coletivas e individuais de reabilitação, reinserção social, avaliação e encaminhamento para serviço, conveniado com o município, de comunidade terapêutica por meio de uma equipe formada por profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional e atividade física. Esse serviço também realiza atividade com as famílias, nos Centros Regionais de Assistência Social (CRAS) e nas UBS e presta atenção psicossocial aos usuários de álcool e drogas, uma vez que o município não possui um serviço específico para esses casos. No CAPS-i, que tem por objetivo dar atendimento diurno a crianças e adolescentes que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, o atendimento inicia-se a partir do grupo de acolhida (CAMBÉ, 2016b).

O serviço de atenção domiciliar de Cambé mantém sua habilitação ativa junto ao Programa Melhor em Casa do Governo Federal e conta com uma Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar (EMAD) e uma Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) compostas por dois médicos, um enfermeiro, um assistente social, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem. Em 2015, o serviço manteve em média 28 pacientes em atendimento/mês e realizou diversas ações como visitas domiciliares, encaminhamentos para especialidade, curativos de médio e grande porte, procedimentos endovenosos de antibioticoterapia e coleta de sangue domiciliar (CAMBÉ, 2016b).

Os procedimentos ambulatoriais especializados de média complexidade são realizados no próprio município ou pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema (CISMEPAR) por meio de serviços vinculados à 17ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, sediada no município de Londrina – PR (CAMBÉ, 2013). A rede própria do município conta com um serviço de especialidades

médicas (Policlínica) que oferta, para a demanda referenciada da UBS, atendimentos das especialidades de dermatologia, neurologia infantil e pediátrica, cardiologia, oftalmologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, cirurgia ginecológica, urologia e atendimento às moléstias infectocontagiosas como tuberculose e hanseníase. Além disso, a rede do município possui um Centro de Reabilitação e Promoção da Saúde (CREPS) que realiza atendimentos específicos na área de fisioterapia, fonoaudiologia, hidroginástica e hidroterapia e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEOC) que presta atendimento em diversas áreas da especialidade, para a população do próprio município e para seis municípios da microrregião de Cambé. Na rede de urgência e emergência o município conta com uma Unidade de Pronto Atendimento tipo II (UPA), uma unidade 24h, uma base descentralizada do SAMU composta por duas unidades de suporte básico e o serviço de transporte intersaúde (CAMBÉ, 2016b). O atendimento hospitalar é realizado na Santa Casa de Misericórdia de Cambé, hospital filantrópico, que atende plantões de pediatria, clínica médica e obstetrícia.

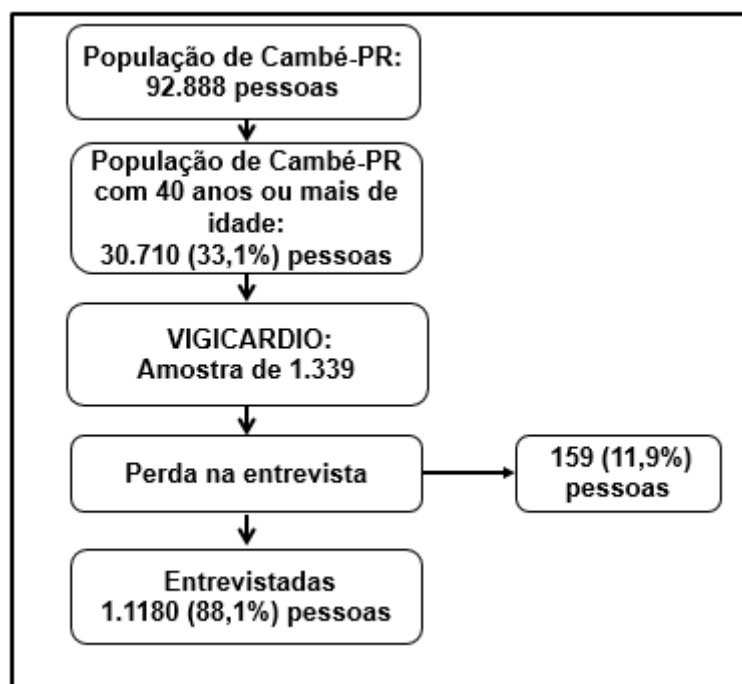
Além disso, Cambé conta com uma rede de serviços para diagnóstico clínico laboratorial e uma de assistência farmacêutica. A rede de diagnóstico clínico laboratorial engloba um laboratório próprio do município e dois credenciados pelo SUS para exames de patologia clínica e laboratórios contratados pelo município, de forma complementar, para outros exames. Outros exames de média e alta complexidade são realizados em Londrina – PR (município vizinho) conforme pactuação e pelos serviços contratados pelo CISMENPAR pela cota de participação do município. Já, os exames radiográficos são realizados por técnicos de radiologia na UPA e na unidade 24h e os laudos são emitidos por radiologista de empresa contratada por licitação. A rede de Assistência Farmacêutica municipal está organizada em quatro setores – Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Municipal, Farmácia das UBS e Serviço de Assistência Especializada e conta com uma Relação Municipal de Medicamentos atualizada constantemente de acordo com a lista do Componente Básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamento (RENAME) e com a demanda epidemiológica municipal. Segundo o Relatório de Gestão 2015, a lista do RENAME do município contava com 134 itens não injetáveis e 66 itens injetáveis (CAMBÉ, 2016b).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Em 2011, a população de estudo foi composta por uma amostra representativa de 1180 adultos (40 anos ou mais) entrevistados no *baseline* do VIGICARDIO (SOUZA et al., 2013). O tamanho da amostra do VIGICARDIO foi calculado por meio do aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.3, considerando-se uma margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50% e nível de confiança de 95%. O cálculo teve por base os dados da contagem da população do IBGE de 2007, cuja população era de 92.888 pessoas, das quais 33,1% com 40 anos ou mais de idade, o que resultou em 1.066 sujeitos. Prevendo-se eventuais perdas e recusas, foi acrescentado um percentual de 25% sobre esse número, totalizando 1.332 sujeitos a serem entrevistados. Todos os setores censitários da região foram incluídos no estudo e para cada setor foi definida uma cota de indivíduos a serem entrevistados com base na distribuição proporcional da população em cada setor, por sexo e faixa etária (intervalos quinquenais). Após esses procedimentos e eventuais arredondamentos o número total de sujeitos a serem entrevistados foi de 1.339.

Para definição das pessoas a serem entrevistadas foi utilizado um mapa geográfico do município com a divisão da área urbana por setores censitários, bairros, ruas e quadras. A quadra e o canto da quadra que corresponderiam ao ponto inicial do percurso em sentido anti-horário foram definidos por sorteio, de modo a traçar aleatoriamente uma rota contígua. O domicílio inicial também foi definido por sorteio pelo fato de se optar por um intervalo amostral de 1:2, em todos os setores censitários, para assegurar a representatividade de cada setor e evitar concentração de entrevistados em determinadas ruas e quadras. Inicialmente, em cada domicílio eram identificados os indivíduos elegíveis e quando houvesse mais de um morador que atendesse às condições estabelecidas para a entrevista, realizava-se sorteio para seleção dos participantes. Ocorreram 159 perdas por recusa ou por insucesso no contato após – no mínimo – três tentativas em horários e datas alternativas, o que resultou em 1.180 pessoas entrevistadas, conforme apresentado na figura 7.

Figura 7 - Representação do processo de amostragem do projeto Vigicardio, município de Cambé-PR, 2011.



Fonte: SOUZA et al (2013).

Para o atual estudo foram contatados todos os indivíduos entrevistados em 2011 e foram considerados como perdas os que faleceram ou que mudaram de município entre o período da primeira (primeiro semestre de 2011) e segunda (primeiro semestre de 2015) entrevista, que não foram encontrados após três contatos domiciliares em dias e horários diferentes. Foram considerados perdas também todos os indivíduos que os entrevistadores perceberam que não tinham plenas condições de raciocínio ou comunicação que impossibilitaram responder as questões do instrumento e os que não consentiram com a pesquisa e não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário estruturado que contemplou os objetivos do estudo de seguimento do VIGICARDIO, entre eles a avaliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária e longitudinalidade do cuidado. Foram utilizados formulários impressos e, posteriormente à aquisição dos *tablets*, formulários eletrônicos. Nesses, os dados foram coletados por meio da

plataforma *Open Data Kit* (ODK) processados no aplicativo para dispositivo móvel android ODK *Collect* (ODK, 2016).

Os participantes do projeto aplicaram previamente o instrumento impresso e o formulário eletrônico em população com características semelhantes à do VIGICARDIO visando testar a clareza das questões inseridas e sequência do instrumento. Para evitar indução das respostas dos sujeitos os entrevistadores foram orientados a não ler as alternativas das perguntas terminadas com ponto de interrogação. Nas perguntas terminadas com dois pontos os entrevistadores leram as alternativas e os sujeitos escolheram aquela mais próxima à sua realidade.

Para avaliar a acessibilidade e a longitudinalidade foram selecionadas questões propostas pela versão brasileira do instrumento PCATool-Brasil para usuários adultos, validada por Harzheim et al (2006) e utilizada pelo Ministério da Saúde, e questões propostas por Cunha e Giovanella (2011) (BRASIL, 2010a; CUNHA; GIOVANELLA, 2011; HARZHEIM et al., 2006a). Posteriormente à aplicação em população com características semelhantes, as questões foram adequadas de modo que o bloco referente ao “Grau de afiliação”, que visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do entrevistado passou a ser composto por duas questões sendo uma para identificar o serviço de saúde utilizado para um problema de saúde não urgente e outra o profissional médico que o indivíduo utiliza para o acompanhamento da saúde. Desse modo, as questões selecionadas referentes à acessibilidade passaram a abordar somente o serviço de saúde referido e as de longitudinalidade somente o profissional médico citado, ao invés de abordar o serviço e profissional em ambas dimensões conforme proposto. Ademais, fez-se necessário a inclusão de questões sobre o serviço de referência e o médico de referência para aqueles indivíduos que citaram mais de um serviço e/ou profissional pelo fato da necessidade de identificar o serviço de saúde/profissional que seria avaliado.

Entre as dificuldades enfrentadas na aplicação do instrumento em uma população semelhante estava o fato de a população de estudo ser composta por indivíduos que não possuem plano de saúde e outras que possuem distintos planos e, portanto, expostos a estruturas e processos de serviços diferentes. Além disso, o instrumento não contempla todos os tipos de profissionais integrantes da equipe saúde da família e sugere a avaliação do enfermeiro o que não condiz com a estrutura da

maioria dos serviços privados/convênios – consultórios, uma vez que normalmente esse profissional não faz parte desses serviços. Diante disso, e do fato de concordarmos que o médico tem papel extremamente importante dentro da equipe de saúde, de ser um líder da comunidade e figura central no sistema de saúde, optou-se pela análise da longitudinalidade na relação com o profissional médico.

Assim, apesar de o PCATool ser um instrumento proposto para avaliar a orientação para APS e estar validado para aplicação no cenário brasileiro, as dificuldades apresentadas num contexto de um estudo de base populacional em que contém pessoas com e sem plano de saúde apontaram a necessidade de adequações no instrumento de modo a ser utilizado tanto na avaliação de serviços públicos quanto nos privados.

Nesse sentido, o bloco “Grau de afiliação” foi adaptado de modo que passou a ser composto por questões referentes ao serviço de saúde no primeiro contato e ao médico utilizado para o acompanhamento da saúde. Assim, para verificar o serviço de saúde utilizado para um problema de saúde não urgente foi aplicada a questão “Quando o (a) Sr. (a) tem um problema de saúde não urgente, o (a) Sr. (a) costuma procurar (qual serviço)? ” e para identificar o médico foi questionado se o indivíduo “Tem algum médico que acompanha a sua saúde? ”. Os casos em que os indivíduos citaram mais de um serviço de saúde e/ou mais de um médico para o acompanhamento da saúde foram questionados se “Desses serviços que o (a) Sr. (a) falou tem algum que é referência para você quando tem um problema de saúde não urgente? ” e/ou “Desses médicos que o (a) Sr. (a) falou tem algum que é referência para o acompanhamento da sua saúde? ”, respectivamente. No momento da entrevista o indivíduo relatou, primeiramente, o (s) serviço (s) que utiliza no primeiro contato para um problema de saúde não urgente e posteriormente respondeu questões referentes à obtenção de consulta e turno de funcionamento do serviço citado. Em seguida, foram feitas perguntas sobre a longitudinalidade que se iniciou na identificação do profissional médico que acompanha a saúde do indivíduo – fonte regular de cuidados - seguida por questões sobre a relação interpessoal – conhecimento médico sobre o indivíduo e comunicação interpessoal – referentes ao médico citado (APÊNDICE A). Ao reconhecer a complexidade que envolve esses conceitos, optamos neste estudo por distinguir o termo “acesso” de “acessibilidade” e considerar acessibilidade como uma característica estrutural ou de

capacidade de atenção, conforme proposto por Starfield (2002). Para essa autora a acessibilidade se constitui de um mecanismo para oferecer acesso ao atendimento e envolve a localização do serviço, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos (STARFIELD, 2002).

3.5 COLETA DE DADOS

Posteriormente às adequações dos instrumentos – formulário impresso e eletrônico - foi realizado um treinamento com o grupo de entrevistadores constituído por alunos de graduação dos cursos da área de saúde da UEL, mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, visando orientar sobre as questões éticas, aplicação dos instrumentos e logística da coleta de dados. Foram reproduzidas todas as técnicas de aplicação do instrumento e aferição das medidas antropométricas adotadas no *baseline* para manter o padrão de coleta de dados.

A coleta de dados iniciou-se em março de 2015 e foi até outubro do mesmo ano. Nesse período buscou-se localizar para nova entrevista os 1180 indivíduos participantes do *baseline* do projeto VIGICARDIO. A sistemática adotada pelo grupo de pesquisadores para obtenção dos dados foi composta por visita à UBS, agendamento da entrevista, entrevista e conferência do formulário, conforme detalhamento a seguir:

- **Visita à UBS:** antes de iniciar o contato com os indivíduos um grupo de pesquisadores contatava a unidade de saúde do bairro para explicar aos profissionais a continuidade das atividades do projeto VIGICARDIO e esclarecer o retorno à população entrevistada em 2011, a logística de coleta de dados e os objetivos do projeto. Para ampliar a divulgação do estudo de seguimento foram distribuídos cartazes informativos nas unidades de saúde e no comércio regional.
- **Agendamento da entrevista:** a primeira tentativa de agendamento da entrevista foi realizada por meio de contato telefônico. Nesse momento foi verificado o número de telefone no banco de dados do *baseline* e/ou na lista telefônica do município e realizado o contato para: lembrar o participante sobre o projeto; explicar sobre o retorno aos domicílios; checar o endereço atual do indivíduo e agendar a entrevista conforme

disponibilidade do indivíduo e da equipe de entrevistadores. A segunda tentativa de agendamento foi feita por meio da visita domiciliar nos casos em que não se obteve sucesso após várias tentativas de ligação, o número de telefone não pertencia ao indivíduo que participou do projeto ou a equipe não teve acesso ao número do telefone. Caso os entrevistadores não encontrassem o indivíduo no domicílio ou não tivessem informação da pessoa após no mínimo três tentativas de visitas em dias e horários distintos, considerava-se perda.

- **Entrevista:** posteriormente ao agendamento foram realizadas as entrevistas pela equipe de entrevistadores. Essas foram no domicílio dos indivíduos, na maioria dos casos, e tiveram duração média de uma hora e meia. Nesse tempo os entrevistadores aplicaram as questões do formulário e aferiram as medidas antropométricas.
- **Conferência do formulário:** após o término da entrevista os formulários eram entregues à equipe de apoio para conferência dos mesmos com o intuito de garantir a qualidade do preenchimento. Os entrevistadores recebiam *feedback* semanal sobre as falhas de preenchimento e realizavam correção nos casos necessários. As correções das falhas de preenchimento eram realizadas com correções pelo próprio entrevistador nos casos em que isso era possível ou com nova visita domiciliar, quando necessário.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.6.1 Variáveis de análise da utilização dos serviços

A análise da utilização do (s) serviço (s) de saúde para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente abrangeu os seguintes aspectos:

- a) **Utilização de serviços para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente:** foi analisado se o indivíduo procurou um serviço de saúde quando tem um problema não urgente. A variável foi categorizada em sim e não. Considerou-se sim para os casos que referiram utilizar pelo menos um serviço de saúde. Vale ressaltar que a pergunta referente a essa variável precedeu de uma breve explicação com exemplos de

problemas de saúde não urgente. Esse processo foi adotado com o intuito de evitar influências da percepção do entrevistado sobre o termo e por consequência nivelar o conhecimento da população estudada de modo que esse não tivesse interferência na resposta do indivíduo.

- b) Tipo de serviço que utiliza para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente:** analisou-se os tipos de serviços utilizados pelos indivíduos no primeiro contato para um problema de saúde não urgente. Os tipos de serviços foram categorizados em: UBS; consultório médico particular/convênio; serviço especializado do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Hospital e outros.
- c) Serviço de referência:** os indivíduos que disseram utilizar mais de um serviço no primeiro contato para um problema de saúde não urgente foram questionados se eles consideram algum dos serviços citados como referência para o cuidado da saúde, ou seja, se entre os serviços citado havia algum que o indivíduo procurava com mais frequência sempre que tinha um problema de saúde não urgente. Nesses casos, para aqueles que indicaram um serviço entre os citados, foi verificado o tipo do serviço considerado como referência para o indivíduo, conforme categorização detalhada acima (item b).

3.6.2 Variáveis de avaliação da acessibilidade organizacional

A avaliação da acessibilidade organizacional aos serviços utilizados no primeiro contato para um problema de saúde não urgente foi composta por dois critérios: obtenção da consulta (agendamento e aconselhamento pelo telefone) e turno de funcionamento (horário de funcionamento). Os critérios foram detalhados de modo que se selecionou os indicadores e as respectivas questões para contemplá-los, conforme apresentado na descrição a seguir e na figura 8.

➤ **Obtenção da consulta**

- a) Aconselhamento pelo telefone:** foi questionado se o indivíduo conseguia aconselhamento rápido pelo telefone se precisar, com as seguintes alternativas: sim; às vezes; não. Considerou-se “não” tanto para aqueles indivíduos que referiram não conseguir aconselhamento pelo

telefone quanto para os indivíduos que não tem o hábito de ligar para o serviço.

- b) Agendamento:** foi analisado se o indivíduo considerava fácil marcar hora para uma consulta de revisão no serviço referido, se o mesmo esperava por muito tempo ou falava com muitas pessoas para marcar hora no serviço e se era difícil conseguir atendimento médico naquele serviço quando pensava que era necessário. As alternativas eram: sim; às vezes; não.

➤ **Turno de funcionamento**

- a) Horário de funcionamento:** foi verificado se o indivíduo que trabalhava deixava de trabalhar ou perdia seu dia de trabalho para ir ao (s) serviço (s) de saúde referido (s). As alternativas eram: sim; às vezes; não.

Figura 8 – Questões do instrumento de coleta de dados, segundo indicadores para avaliação da acessibilidade organizacional e longitudinalidade, Cambé –PR, 2015.

Critério	Detalhamento do critério	Indicador	Pergunta
1A. Obtenção da consulta	1Aa. Aconselhamento pelo telefone	1Aaa. Consegue aconselhamento pelo telefone;	Quando esse serviço de saúde está aberto, o (a) Sr. (a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?
	1Ab. Agendamento	1Aba. Fácil marcar consulta;	É fácil marcar uma hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up” – revisão geral da saúde) neste serviço de saúde?
		1Abb. Não espera por muito tempo marcar consulta;	O (a) Sr. (a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse serviço de saúde?
		1Abc. Não acha difícil conseguir consulta;	É difícil para o (a) Sr. (a) conseguir atendimento médico nesse serviço de saúde quando pensa que é necessário?
1B. Turno de funcionamento	1Ba. Horário de funcionamento	1Baa. Não deixa de trabalhar;	Quando o (a) Sr. (a) tem que ir a esse serviço de saúde, tem que deixar de trabalhar ou perder seu dia de trabalho?
2A. Conhecimento médico sobre o indivíduo	2Aa. Atendimento regular pelo mesmo médico	2Aaa. Mesmo médico que atende;	Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o (a) Sr. (a)?
	2Ab. Aspectos sociais e histórico familiar do indivíduo	2Aba. Sabe sobre histórico familiar;	Esse médico sabe sobre seu histórico familiar?
		2Abb. Sabe quais problemas são importantes;	Esse médico sabe sobre quais problemas são mais importantes para o (a) Sr. (a)?
		2Abc. Sabe sobre trabalho/emprego;	Esse médico sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?
2Abd. Sabe se tivesse problema em obter medicamento;	Esse médico saberia de alguma forma se o(a) Sr.(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr.(a) precisa?		
2B. Comunicação interpessoal	2Ba. Comunicação em caso de dúvida sobre o tratamento	2Baa. Telefona e fala com o médico;	Se o (a) Sr. (a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico que melhor conhece o (a) Sr. (a)?
	2Bb. Tempo suficiente para explicitar as dúvidas	2Bba. Tem tempo suficiente para falar das preocupações;	Durante o atendimento o médico lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?
	2Bc. Clareza do médico	2Bca. Entende o que o médico responde;	O médico responde suas perguntas de maneira que o (a) Sr. (a) entenda?
	2Bd. Espaço para discutir o tratamento	2Bda. Se sente à vontade com o médico;	O (a) Sr. (a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problema a esse médico?
2Bdb. Tem tempo para discutir e tomar decisões;		Durante o atendimento o médico lhe dá tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com eles?	

3.6.3 Variáveis de análise da continuidade longitudinal – fonte regular de cuidados

A análise da continuidade longitudinal foi contemplada pelos indicadores da fonte regular de cuidados, conforme apresentado abaixo:

➤ **Fonte regular de cuidados**

- a) **Possui algum médico para acompanhamento da saúde:** foi verificado se o indivíduo possui algum médico que acompanha a sua saúde, com as seguintes alternativas: sim e não. Se o indivíduo referiu que sim verificou-se a quantidade de médicos.
- b) **Especialidade médica que realiza o acompanhamento:** os indivíduos que referiram ter um médico que acompanha a sua saúde foram questionados quanto à especialidade do (s) mesmo (s). As especialidades foram categorizadas em: generalista da UBS; especialista do convênio/particular; especialista do SUS; plantonista do hospital; plantonista UPA e outro (s).
- c) **Médico de referência:** os indivíduos que referiram possuir mais de um médico que acompanha a saúde foram questionados se algum dos profissionais relatados é considerado pelo indivíduo como referência para o acompanhamento de sua saúde, ou seja, se entre os profissionais citados há algum médico que é de “confiança” e que é procurado para cuidados de rotina. Se sim foi verificada a especialidade médica do profissional considerado como referência pelo indivíduo, podendo ser: generalista da UBS; especialista do SUS; especialista do convênio/particular; plantonista do hospital/UPA; outro.

3.6.4 Variáveis de avaliação da longitudinalidade – relação interpessoal

Na avaliação da relação interpessoal foram incluídos indicadores e questões referentes ao conhecimento médico sobre o indivíduo e a comunicação interpessoal, como descrito a seguir e na figura 8 (apresentada anteriormente):

➤ **Conhecimento médico sobre o indivíduo**

- a) **Atendimento regular pelo mesmo médico:** os indivíduos que referiram possuir um médico que acompanha a sua saúde foram

questionados se é o mesmo médico que lhe atende nas consultas de rotina. A variável foi categorizada em: sim, às vezes e não.

- b) Conhecimento sobre aspectos sociais e histórico familiar do indivíduo:** os indivíduos responderam se o (s) médico (s) que realiza (m) o acompanhamento de sua saúde sabe (m) sobre: seu histórico familiar; seus problemas mais importantes; seu trabalho ou emprego; possíveis problemas em obter ou pagar por medicamentos que precisa. As variáveis foram categorizadas em: sim, às vezes e não.

➤ **Comunicação interpessoal**

- a) Comunicação em caso de dúvida sobre o tratamento:** foi verificado se o indivíduo poderia telefonar ou falar com o médico que o acompanha se tivesse alguma pergunta. A variável foi categorizada em: sim, às vezes e não.
- b) Tempo suficiente para explicitar as dúvidas:** foi perguntado se durante o atendimento o médico que acompanha a saúde do indivíduo lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas. A variável foi categorizada em: sim, às vezes e não.
- c) Clareza do médico:** foi verificado se o (s) médico (s) responde (m) as perguntas de maneira que os indivíduos entendem, com as seguintes alternativas: sim, às vezes, não.
- d) Espaço para discutir o tratamento:** os indivíduos responderam se sentem-se à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao (s) médico (s) que realizam o acompanhamento e se durante o atendimento esse (s) médico (s) lhe (s) dá (ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele (s). Ambas questões foram categorizadas em: sim, às vezes e não.

3.7 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos por meio do formulário impresso foram duplamente digitados no programa Microsoft Excel® versão 2010. Os arquivos foram comparados no programa *Spreadsheet Compare* e as discrepâncias corrigidas com consulta ao

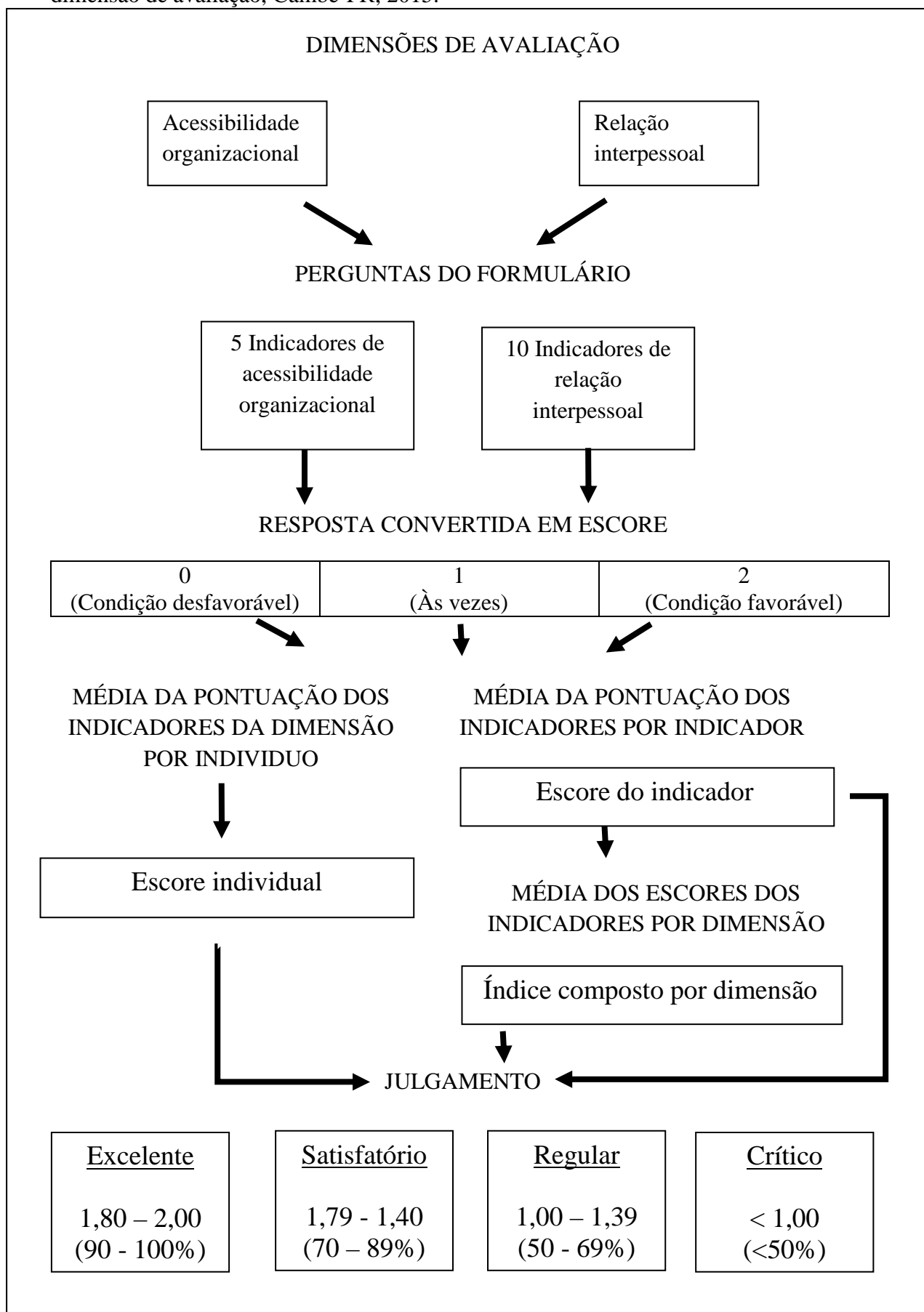
instrumento de coleta de dados. Os dados do formulário eletrônico foram enviados ao servidor Ona e armazenados em formato Excel®.

Para análise da avaliação foram calculados os escores dos indicadores e o índice composto de duas dimensões, conforme sugerido por Almeida e Macinko (2006) (ALMEIDA; MACINKO, 2006). Esse índice composto foi construído a partir do cálculo da pontuação do bloco de indicadores de cada dimensão de análise (Figura 9) – acessibilidade organizacional e relação interpessoal. Cada resposta – sim, às vezes, não - foi convertida em um escore que varia de 0 a 2. A pontuação 0 foi aplicada para as respostas desfavoráveis à dimensão, o valor 1 correspondeu a “às vezes” e 2 às respostas favoráveis à dimensão. Posteriormente à conversão, verificou-se o escore do indicador efetuando-se a divisão da soma dos escores pelo total de indivíduos que responderam o indicador. Em seguida, os escores dos indicadores de cada dimensão foram somados e a média da soma constituiu o índice composto da dimensão. O julgamento foi aplicado de acordo com o valor obtido nos resultados dos escores dos indicadores e no índice composto de cada dimensão. Calculou-se também, para cada indivíduo, o escore individual da dimensão por meio da divisão da soma das pontuações obtidas nas respostas dos indicadores da dimensão pelo total de indicadores (Figura 10).

Figura 9 - Matriz de Indicadores para avaliação da acessibilidade organizacional e longitudinalidade, Cambé –PR, 2015.

Abordagem	Dimensão	Critério	Detalhamento do critério	Indicador
Estrutura	1.Acessibilidade Organizacional	1A. Obtenção da consulta	1Aa. Aconselhamento pelo telefone	1Aaa. Consegue aconselhamento pelo telefone;
			1Ab. Agendamento	1Aba. Fácil marcar consulta;
				1AAb. Não espera por muito tempo marcar consulta;
		1Abc. Não acha difícil conseguir consulta;		
		1B. Turno de funcionamento	1Ba. Horário de funcionamento	1Baa. Não deixa de trabalhar;
Processo	2. Longitudinalidade (Relação interpessoal)	2A. Conhecimento médico sobre o indivíduo	2Aa. Atendimento regular pelo mesmo médico	2Aaa. Mesmo médico que atende;
			2Ab. Aspectos sociais e histórico familiar do indivíduo	2Aba. Sabe sobre histórico familiar;
				2AAb. Sabe quais problemas são importantes;
				2AAbc. Sabe sobre trabalho/emprego;
		2AAd. Sabe se tivesse problema em obter medicamento;		
		2B. Comunicação interpessoal - Médico/indivíduo	2Ba. Comunicação em caso de dúvida sobre o tratamento	2Baa. Telefona e fala com o médico;
			2Bb. Tempo suficiente para explicitar as dúvidas	2Bba. Tem tempo suficiente para falar das preocupações;
			2Bc. Clareza do médico	2Bca. Entende o que o médico responde;
2Bd. Espaço para discutir o tratamento	2Bda. Se sente à vontade com o médico;			
			2Bdb. Tem tempo para discutir e tomar decisões;	

Figura 10- Construção do escore individual, escore do indicador e índice composto por dimensão de avaliação, Cambé-PR, 2015.



Além da avaliação foram realizadas análises descritivas do (s) serviço (s) utilizado (s) no primeiro contato para um problema de saúde não urgente e do (s) médico (s) que acompanha (m) a saúde dos indivíduos por meio da distribuição de frequências. Na análise de associação entre as variáveis sociodemográficas, de uso de medicamento e de morbidade (hipertensão arterial e diabetes) e os indicadores de acessibilidade – obtenção de consulta e de longitudinalidade foram incluídos os indivíduos que referiram utilizar a UBS como serviço de primeiro contato para um problema de saúde não urgente e aqueles que acompanham a saúde com o médico da UBS, respectivamente. Para tanto, foi realizada a análise bivariada e de múltiplos fatores pela regressão de Poisson com ajuste de variância robusta adotando-se nível de significância de 5% (Teste Qui-Quadrado de Wald) com apresentação dos respectivos valores de p . No modelo de análise de múltiplos fatores, foram incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada e a variável idade que se apresenta como relevante do ponto de vista epidemiológico para a ocorrência dos desfechos pesquisados. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 19.0.

Ressalta-se que o indicador “deixar de trabalhar ou perder o dia de trabalho para ir ao serviço de saúde” não foi incluído no índice composto, no escore individual e nem na análise de associação da dimensão, pois contemplou somente os indivíduos que referiram trabalhar.

3.8 FONTES DE FINANCIAMENTO

O projeto VIGICARDIO contou com o financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) conforme edital universal n° 14/2014. A pesquisadora principal deste estudo teve auxílio de bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto VIGICARDIO foi aprovado pelo Comitê de Ética da UEL no dia 16 de dezembro de 2014, com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos – CAAE n° 39595614.4.0000.5231 (ANEXO A).

Todas as etapas da presente pesquisa foram realizadas respeitando as normas da Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que direciona pesquisas envolvendo seres humanos. Ressalta-se

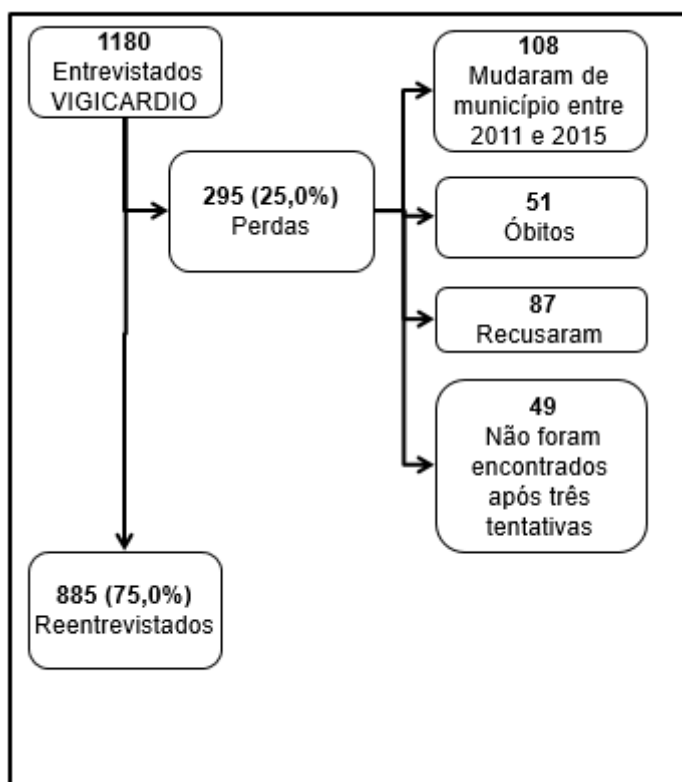
que a coleta de dados teve início somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Do total de 1180 indivíduos participantes do *baseline* do projeto VIGICARDIO, 885 (75,0%) foram reentrevistados no ano de 2015. Ocorreram 295 (25,0%) perdas, 108 foram por mudança de município entre 2011 e 2015, 51 devido ao óbito do indivíduo, 87 por recusa em participar da entrevista e 49 indivíduos não foram encontrados após três tentativas em dias e horários distintos (Figura 11).

Figura 11- Fluxo da composição da população de estudo, Cambé-PR, 2015.



Dos 885 reentrevistados 492 (55,6%) eram do sexo feminino; 533 (60,2%) tinham entre 44 e 59 anos; 472 (53,3%) pertenciam à classe econômica C; 470 (53,1%) exerciam algum tipo de trabalho e 533 (60,2%) possuíam até 7 anos completos de escolaridade. Além disso, 565 (63,8%) faziam uso de medicamento contínuo, 151 (17,1%) referiram ter diabetes e 448 (50,6) hipertensão arterial.

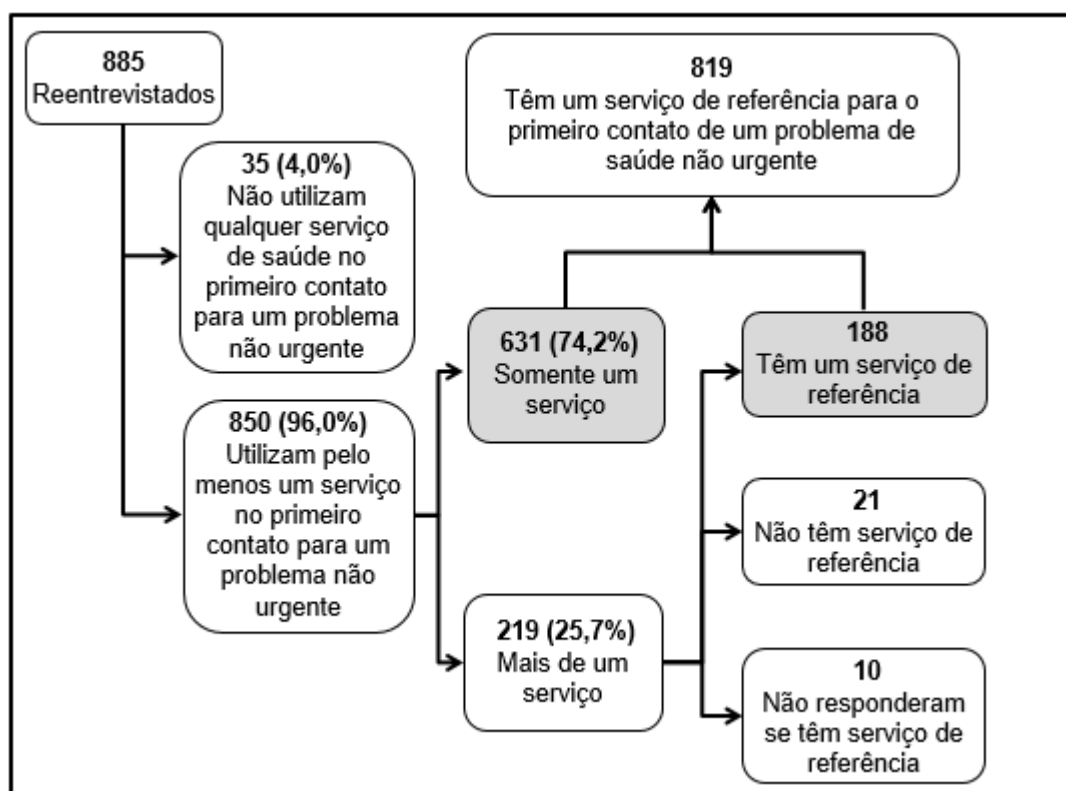
Os demais resultados do presente estudo estão apresentados em três enfoques. O primeiro consiste na caracterização do (s) serviço (s) utilizados no primeiro contato para um problema de saúde não urgente. O segundo refere-se à avaliação da acessibilidade organizacional desses serviços de saúde utilizados e análise dos fatores associados. O último contempla a avaliação da longitudinalidade – fonte regular de cuidados e relação

interpessoal entre o indivíduo e o médico utilizado como fonte regular de cuidado e análise de associação entre os indicadores dessas dimensões e as variáveis sociodemográficas, de uso de medicamento e de morbidade referida.

4.1 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Do total de 885 indivíduos reentrevistados, 850 (96,0%) relataram utilizar pelo menos um serviço para primeiro contato de um problema de saúde não urgente. Desses, 631 (74,2%) referiram ter somente um serviço e 219 (25,7%) mais de um serviço. Entre os 219 casos que utilizam mais de um serviço no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, 188 disseram possuir um serviço de referência para o primeiro contato. Assim, verificou-se que 819 (92,5%) indivíduos têm um serviço de referência para o cuidado da saúde (Figura 12).

Figura 12– Fluxo de composição dos indivíduos com serviço para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.



Dos 819 indivíduos que tinham um serviço de referência para o cuidado da saúde, 462 (56,4%) eram do sexo feminino; 489 (59,7%) tinham entre 44 e 59 anos; 505 (61,7%) possuíam até 7 anos de estudos completos; 444 (54,2) pertenciam à classe econômica C e 434 (53,0) exerciam algum tipo de trabalho. Ademais, 537 (65,6%) faziam uso de medicamento contínuo, 143 (17,5) referiram diabetes mellitus e 426 (52,0%) hipertensão arterial.

Dentre os serviços utilizados pelos indivíduos no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, a UBS foi o mais citado pelos entrevistados (69,7%), seguido pelo consultório médico particular/convênio (31,9%) e serviços especializados do SUS (12,7%) (Tabela 1).

Tabela 1- Indivíduos (n e %) segundo situação do uso de serviços de saúde no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, Cambé - PR, 2015.

Caracterização do serviço	Serviço utilizado para o primeiro contato		Serviço de referência para o primeiro contato	
	n	%*	n	%*
UBS	617	69,7	544	61,4
Consultório médico particular ou convênio	282	31,9	223	25,2
Serviço especializado do SUS	112	12,7	22	2,5
UPA	49	5,5	13	1,5
Hospital	24	2,7	10	1,2
Farmácia	7	0,8	5	0,6
Outros	5	0,6	-	-
Ambulatório do local de trabalho	4	0,5	-	-
Médico amigo da família	2	0,2	1	0,1
Atendimento domiciliar	1	0,1	-	-

*Percentual calculado em relação aos 885 indivíduos entrevistados. Ressalta-se que se admitia mais de uma resposta para aqueles que informaram mais de um serviço para o primeiro contato em caso de problema de saúde não urgente e somente uma resposta para o serviço de referência.

Dos 617 indivíduos que citaram utilizar a UBS, 544 (88,1%) têm esse serviço como referência para o cuidado da saúde. Quanto à filiação à plano de saúde verificou-se que 34,7% dos que são filiados a planos utilizam a UBS como referência (Tabela 2). Dos indivíduos que não têm plano de saúde 85,7% citaram a UBS como referência, 6,7% o consultório particular e 2,4% as unidades de pronto atendimento (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição do serviço de saúde utilizado como referência para o primeiro contato em problema de saúde não urgente segundo afiliação com plano de saúde, Cambé –PR, 2015.

Serviço de referência	Total*		Plano de saúde			
			Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%
Unidade Básica de Saúde	541	66,5	107	34,7	434	85,7
Consultório convênio/particular	222	27,3	188	61,0	34	6,7
Especialista SUS	22	2,7	3	1,0	19	3,8
Hospital	10	1,2	8	2,7	2	0,4
UPA	13	1,6	1	0,3	12	2,4
Outros	6	0,7	1	0,3	5	1,0
Total	814	100,0	308	100,0	506	100,0

*Excluídos cinco indivíduos do total de 819. Um que não informou o tipo de serviço de referência, dois que não responderam se tem plano de saúde e dois que não lembram se têm plano de saúde.

4.2 ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL

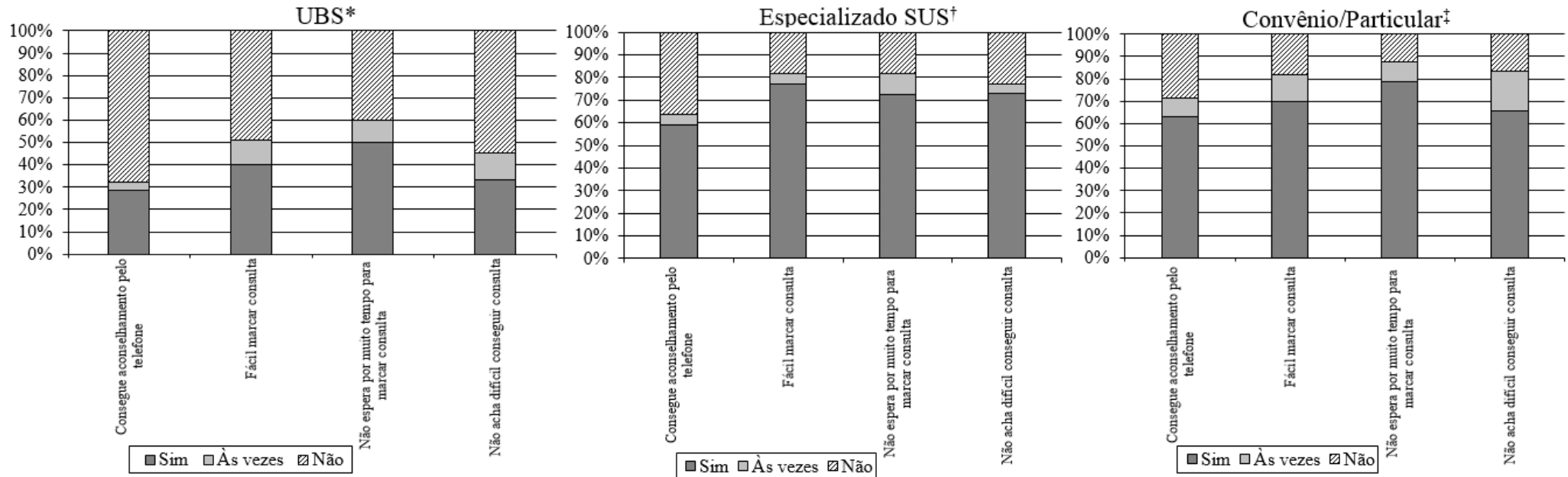
Para analisar os aspectos da acessibilidade organizacional aos serviços de saúde partiu-se dos 789 indivíduos que relataram possuir apenas um serviço ou que tinham um serviço de referência dentre os utilizados no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, cujo serviço relatado fosse UBS, serviço especializado do SUS ou consultório médico particular ou convênio. Os resultados dessa dimensão foram analisados separadamente de acordo com os critérios de estudo – obtenção da consulta e turno de funcionamento, conforme apresentado a seguir.

4.2.1 Obtenção da consulta

A maior parte dos indicadores do critério obtenção de consulta apresentaram resultados críticos, ou seja, com percentual inferior a 50%. Tanto na avaliação da UBS quanto dos serviços especializados do SUS e do convênio/particular verificou-se que o pior desempenho foi do indicador “consegue aconselhamento pelo telefone”. Ao comparar o indicador que obteve o melhor desempenho observou-se diferença entre os tipos de serviços analisados. O melhor desempenho da UBS e do serviço especializado do SUS foi observado no indicador “não espera por muito tempo para marcar consulta”

e “acha fácil marcar consulta”, respectivamente. Já na avaliação dos indivíduos que referiram utilizar o serviço do convênio/particular o melhor desempenho foi observado no indicador “não espera por muito tempo para marcar consulta”, conforme apresentado na figura 13.

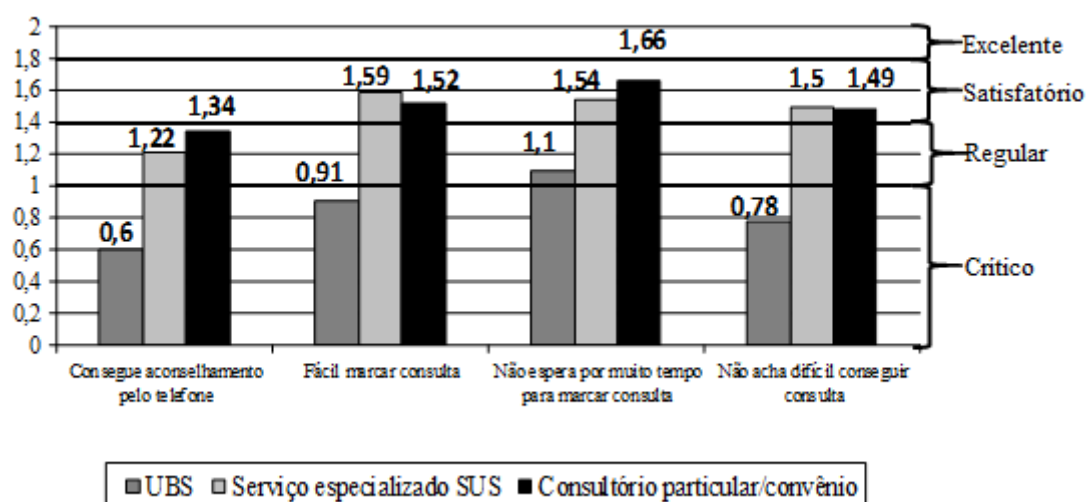
Figura 13- Indicadores do critério obtenção de consulta segundo o tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.



*n= 543. Excluído 1 indivíduo que não avaliou o serviço público referido. † n= 22. Trata-se de serviços ambulatoriais do SUS que dispõe de consulta com especialista. ‡n= 223.

Quanto aos escores verificou-se que o serviço especializado do SUS e convênio/particular obtiveram melhores resultados em todos os indicadores do critério quando comparados à UBS (Figura 14). Na avaliação da UBS todos os indicadores foram considerados *críticos*, exceto o indicador “não espera por muito tempo para marcar consulta” que obteve resultado *regular*. Já na avaliação dos serviços especializados do SUS e do convênio/particular todos os escores foram *satisfatórios*, exceto para o indicador “consegue aconselhamento pelo telefone” que se apresentou *regular* (Figura 14).

Figura 14- Obtenção de consulta por escore de indicadores segundo tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé – PR, 2015.



O índice composto da dimensão acessibilidade organizacional calculado a partir dos indicadores de obtenção da consulta na UBS apresentou resultado *crítico* (0,82). Na avaliação realizada por 544 indivíduos que citaram a UBS como serviço de referência no primeiro contato para um problema de saúde não urgente, em 403 (74,1%) o escore individual da acessibilidade – escore referente ao critério obtenção de consulta – foi regular ou ruim, em 140 (25,7%) foi excelente ou satisfatório e 1 (0,2%) sem julgamento, pois não avaliou o serviço referido.

Na análise dos fatores associado do critério obtenção de consulta dos indivíduos que mencionaram a UBS como serviço de referência observou-se na análise bivariada

que o escore individual de acessibilidade esteve associado com a hipertensão arterial autorreferida. A frequência desse escore foi significativamente mais elevada entre os indivíduos que referiram hipertensão arterial. Além disso, verificou-se que a frequência de conseguir aconselhamento pelo telefone foi significativamente maior entre as mulheres e entre aqueles que referiram hipertensão arterial. A frequência de considerar fácil marcar uma consulta de revisão foi significativamente mais elevada entre os homens e os indivíduos pertencentes à classe econômica D+E quando comparado aos pertencentes à classe C. Em relação a considerar fácil conseguir atendimento médico quando pensa que é necessário verificou-se que a frequência foi significativamente mais elevada entre os que não trabalham, que referiram diabetes e que referiram hipertensão arterial (Tabela 3).

Após análise ajustada, para controle das variáveis de confusão, nenhuma variável permaneceu associada ao escore de acessibilidade. Todavia, ao considerar isoladamente cada indicador, verificou-se que a proporção dos que conseguem atendimento pelo telefone foi significativamente mais elevada entre as mulheres. Inversamente, para o indicador facilidade para marcar consulta de revisão observou-se que a frequência foi mais elevada entre os homens ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, da acessibilidade segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram a UBS como serviço de referência, Cambé-PR, 2015. (n=543 indivíduos).

	Consegue aconselhamento pelo telefone			Fácil marcar consulta			Não espera por muito tempo para marcar consulta de rotina			Fácil conseguir atendimento médico			Escore individual acessibilidade Excelente/Satisfatório		
	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†
Sexo															
Feminino (n=315)	34,3	0,001	0,001‡	36,2	0,02	0,03‡	47,9	0,23	-	30,8	0,16	0,08	24,8	0,52	-
Masculino (n=228)	20,2			46,1			53,1			36,4			27,2		
Faixa etária															
44-59 anos (n=320)	25,9	0,13	0,37	39,4	0,58	0,84	46,9	0,07	0,30	30,9	0,18	0,89	25,0	0,61	0,63
60 anos ou mais (n=223)	31,8			41,7			54,7			36,3			26,9		
Escolaridade															
0 a 7 anos (n=388)	28,4	0,99	-	38,7	0,20	-	49,0	0,40	-	34,0	0,49	-	24,7	0,37	-
8 anos ou mais (n=155)	28,4			44,5			52,9			31,0			28,4		
Classe Econômica															
A+B (n=127)	33,9	0,38	-	48,0	0,93	0,99	53,5	0,23	-	37,0	0,94	-	33,1	0,57	-
C (n=344)	26,5	0,81	-	35,8	0,02	0,05	50,0	0,40	-	30,8	0,25	-	22,4	0,20	-
D+E (n=72)	27,8	-	-	48,6	-	-	44,4	-	-	37,5	-	-	29,2	-	-

* Valor de p referente à análise bivariada. † Valor de p referente à regressão de Poisson. ‡ p < 0,05.

Tabela 3 (continuação) - Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, da acessibilidade segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram a UBS como serviço de referência, Cambé-PR, 2015. (n=543 indivíduos).

	Consegue aconselhamento pelo telefone			Fácil marcar consulta			Não espera por muito tempo para marcar consulta de rotina			Fácil conseguir atendimento médico			Escore individual acessibilidade Excelente/ Satisfatório		
	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†
Exerce algum trabalho															
Sim (n=281)	27,0			39,1			46,3			29,2			22,8		
Não (n=262)	29,8	0,48	-	41,6	0,56	-	54,2	0,06	0,28	37,4	0,04	0,11	29,0	0,09	0,21
Uso de medicamento contínuo															
Sim (n=355)	31,0	0,06	0,77	41,7	0,38	-	52,4	0,15	0,43	34,6	0,31	-	27,9	0,13	0,64
Não (n=188)	23,4			37,8			45,7			30,3			21,8		
Diabetes autorreferida															
Sim (n=104)	31,7	0,38	-	47,1	0,10	0,25	53,8	0,38	-	41,3	0,03	0,23	26,9	0,76	-
Não (n=439)	27,6			38,7			49,2			31,2			25,5		
Hipertensão arterial autorreferida															
Sim (n=294)	32,0	0,04	0,16	42,9	0,19	0,36	52,0	0,32	-	37,1	0,03	0,20	29,3	0,04	0,15
Não (n=249)	24,1			37,3			47,8			28,5			21,7		

*Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson.

4.2.2 Turno de funcionamento

Para avaliar o critério turno de funcionamento da dimensão acessibilidade organizacional considerou-se os 409 indivíduos que referiram exercer algum tipo de trabalho entre os indivíduos que relataram possuir apenas um serviço ou que tinham um serviço de referência dentre os utilizados no primeiro contato para um problema de saúde não urgente. Entre esses indivíduos, 281 relataram a UBS, quatro citaram o serviço especializado do SUS e 124 referiram o consultório médico particular ou convênio como serviço utilizado para o primeiro contato de um problema de saúde não urgente.

Nesse critério verificou-se que os serviços analisados apresentaram desempenhos distintos, sendo o melhor resultado obtido pelo serviço especializado do SUS, conforme apresentado na figura 15. Os quatro indivíduos que citaram o serviço especializado do SUS como referência para um problema de saúde não urgente disseram que não precisam deixar de trabalhar ou perder o dia de trabalho para ir a esse serviço. Ao comparar a UBS com os serviços de convênio/particular observa-se um percentual semelhante de indivíduos que referiram deixar de trabalhar às vezes. Quando se analisa o percentual de indivíduos que disseram deixar de trabalhar para ir ao serviço de saúde verifica-se que esse é maior entre aqueles que têm a UBS como referência quando comparado aos que têm os serviços do convênio/particular (Figura 15).

Quanto à avaliação dos escores do indicador “não deixar de trabalhar” obtidos nos serviços verificou-se que o da UBS foi *crítico*. O serviço de convênio/particular apresentou escore *regular* e o especializado do SUS obteve escore *excelente*, conforme apresentado na figura 16.

Figura 15- Indicador “não deixa de trabalhar” do critério turno de funcionamento segundo o tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé-PR, 2015.

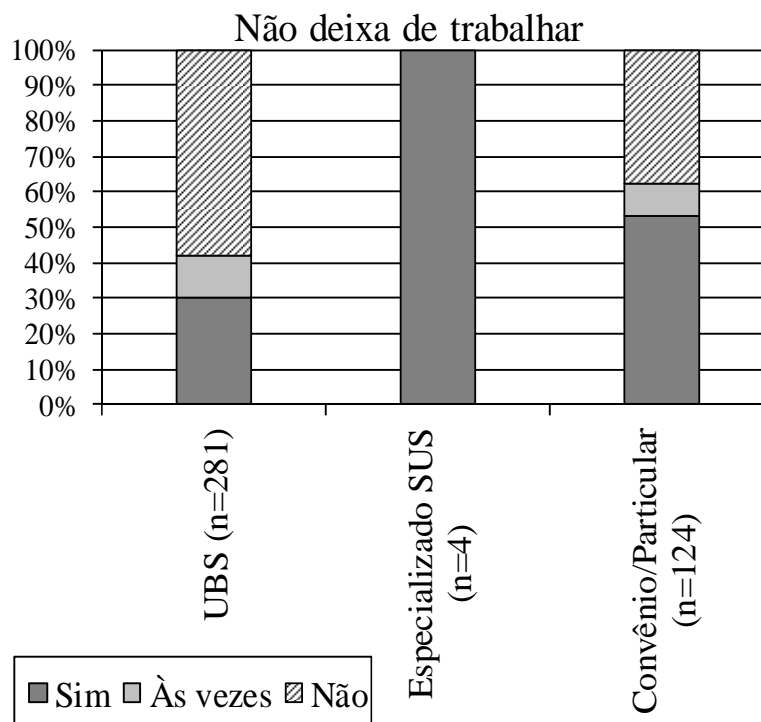
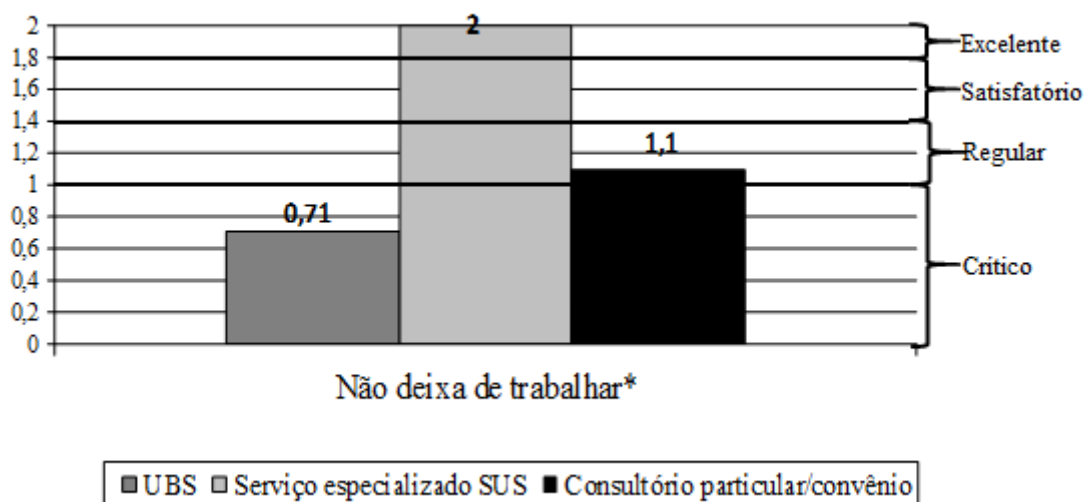


Figura 16- Escore do indicador “não deixa de trabalhar” segundo tipo de serviço utilizado como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente, Cambé – PR, 2015.

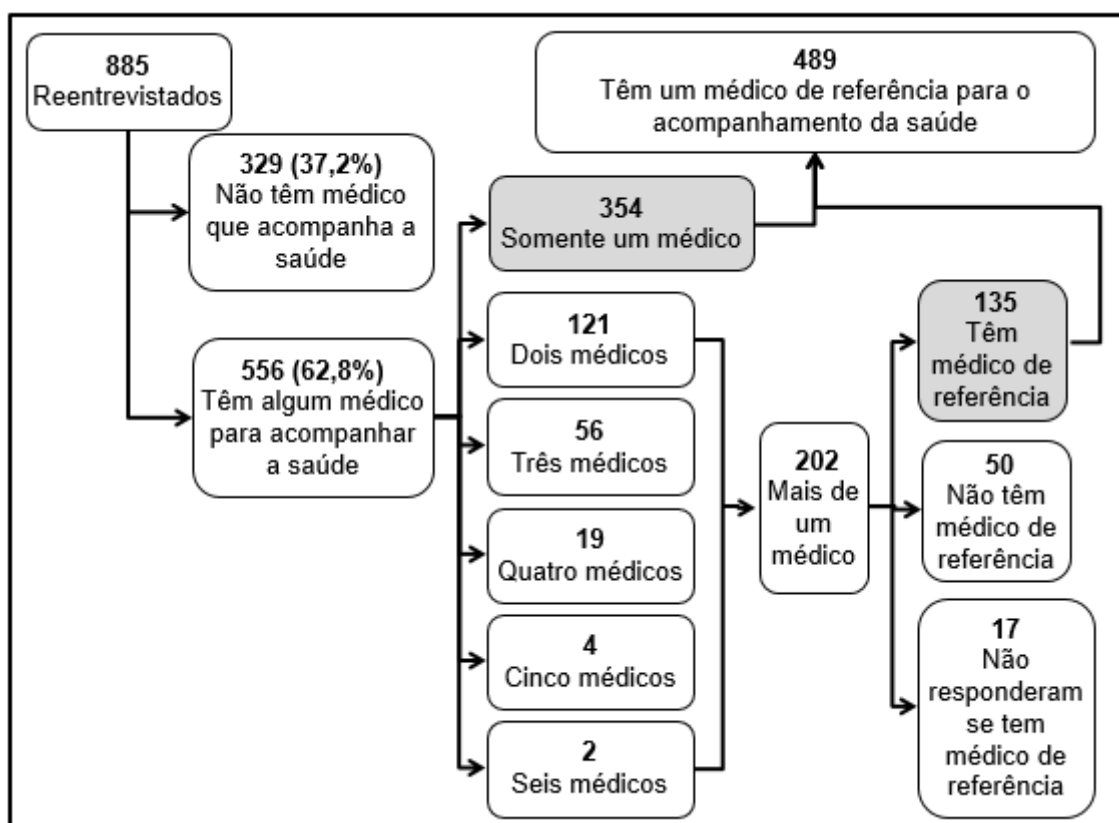


*Indicador aplicado somente aos indivíduos que declararam trabalhar.

4.3 FONTE REGULAR DE CUIDADOS

Do total de 885 entrevistados, 37,2% referiram não ter médico para acompanhamento. Entre os 556 (62,8%) que mencionaram ter um médico para o acompanhamento de sua saúde, 354 (63,7%) referiram somente um médico, 121 (21,7%) dois médicos e 56 (10,1%) três médicos. Dois (0,4%) entrevistados responderam que consultam seis médicos. Dos 202 indivíduos com mais de um médico, 66,8% disseram consultar um médico de referência para o acompanhamento da saúde (Figura 17).

Figura 17 – Fluxo de composição dos indivíduos com médico para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.



Dos 489 indivíduos que tinham um médico de referência para o acompanhamento da saúde, 297 (60,7%) eram do sexo feminino; 259 (53,0%) tinham de 44 a 59 anos; 309 (63,2%) possuíam até 7 anos completos de estudo; 256 (52,3%) pertenciam à classe econômica C e 269 (55,0%) não exerciam nenhum tipo de trabalho. Além disso, 381 (77,9%) referiram fazer uso de medicamento contínuo; 116 (23,7%) disseram ter diabetes mellitus e 285 (58,3%) hipertensão arterial.

Entre os 885 entrevistados, o médico generalista da UBS foi o profissional mais referido (32,1%) para o acompanhamento da saúde, seguido pelo médico particular/convênio (25,6%) e especialista do SUS (15,0%) (Tabela 4). Verificou-se ainda que 26,4% dos entrevistados consideraram o médico da UBS como referência para o cuidado, 18,6% o médico do convênio/particular e 9,3% o especialista do SUS (Tabela 4).

Tabela 4 - Indivíduos (n e %) segundo situação de utilização de médico para o acompanhamento da saúde, Cambé - PR, 2015.

Caracterização do médico	Médico (s) utilizado (s) para o acompanhamento da saúde*		Médico de referência para o acompanhamento da saúde*	
	n	% [†]	n	% [†]
Médico generalista da UBS	284	32,1	234	26,4
Médico particular/convênio	227	25,6	165	18,6
Especialista do SUS	132	15,0	82	9,3
Médico da empresa/sindicato	3	0,3	-	-
Plantonista hospital	2	0,2	1	0,1
Plantonista UPA	1	0,1	1	0,1
Médico especialista instituto filantrópico	1	0,1	-	-

*Ressalta-se que admitia mais de uma resposta para aqueles que informaram mais de um médico para o acompanhamento da saúde e somente uma resposta para o médico de referência.

[†]Percentual calculado em relação aos 885 indivíduos.

Quanto ao médico de referência e a afiliação com plano de saúde observou-se que a UBS é referência para 24,5% dos indivíduos com plano de saúde e para a maioria (64,1%) dos indivíduos sem plano de saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição do médico de referência para o acompanhamento da saúde segundo afiliação a plano privado de saúde, Cambé –PR, 2015.

Médico de referência	Total*		Plano de saúde			
			Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%
Unidade Básica de Saúde	233	48,3	47	24,5	186	64,1
Convênio/particular	165	34,2	130	67,7	35	12,2
Especialista SUS	82	17,1	15	7,8	67	23,1
Plantonista Hospital	1	0,2	0	0	1	0,3
Plantonista UPA	1	0,2	0	0	1	0,3
Total	482	100,0	192	100,0	290	100,0

*Excluídos sete indivíduos do total de 489. Seis que não citaram o tipo de médico considerado como referência e um que não responderam se tem plano de saúde.

4.4 RELAÇÃO INTERPESSOAL

Para verificar a relação interpessoal partiu-se dos 481 indivíduos que relataram somente um médico ou tinham um médico como referência, cujo profissional citado fosse o médico da UBS, especialista do SUS ou de convênio/particular. O índice composto da dimensão relação interpessoal calculado a partir dos escores dos indicadores dos critérios – conhecimento médico sobre o indivíduo e comunicação interpessoal - do médico da UBS apresentou resultado *satisfatório* (1,42).

Dos 234 indivíduos que citaram o médico da UBS como referência para o cuidado da saúde, em 64,1% o escore individual da longitudinalidade foi excelente ou satisfatório e 35,9% regular ou ruim. Na análise dos fatores associados ao escore individual de longitudinalidade dos indivíduos que citaram o médico da UBS como referência nenhum fator esteve associado tanto na análise bivariada quanto de múltiplos fatores (Tabela 6). Os demais resultados da dimensão, referentes aos critérios conhecimento médico sobre o indivíduo e comunicação interpessoal estão expostos em tópicos, conforme apresentado a seguir.

Tabela 6- Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do escore individual da longitudinalidade segundo características dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).

Características	Total		Escore individual				P Bruto*	P Ajust†
			Regular/Ruim		Excelente/Satisfatório			
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Feminino	149	63,7	55	46,9	94	63,1	0,66	-
Masculino	85	36,3	29	34,1	56	65,9		
Faixa etária								
40 - 59 anos	107	45,7	44	41,1	63	58,9	0,13	0,20
60 anos ou mais	127	54,3	40	31,5	87	68,5		
Escolaridade								
0 a 7 anos	174	74,4	64	36,8	110	63,2	0,62	-
8 anos ou mais	60	25,6	20	33,3	40	66,7		
Classe econômica								
A+B	53	22,6	19	35,8	34	64,2	0,25	0,44
C	141	60,3	55	39,0	86	61,0	0,06	0,12
D+E	40	17,1	10	25,0	30	75,0	-	-
Exerce algum trabalho								
Sim	103	44,0	41	39,8	62	60,2	0,27	-
Não	131	56,0	43	32,8	88	67,2		
Uso de medicamento contínuo								
Sim	189	80,8	65	34,4	124	65,6	0,35	-
Não	45	19,2	19	42,2	26	57,8		
Diabetes autorreferida								
Sim	74	31,6	26	35,1	48	64,9	0,86	-
Não	160	68,4	58	36,3	102	63,8		
Hipertensão arterial autorreferida								
Sim	160	68,4	54	33,8	106	66,3	0,33	-
Não	74	31,6	30	40,5	44	59,5		

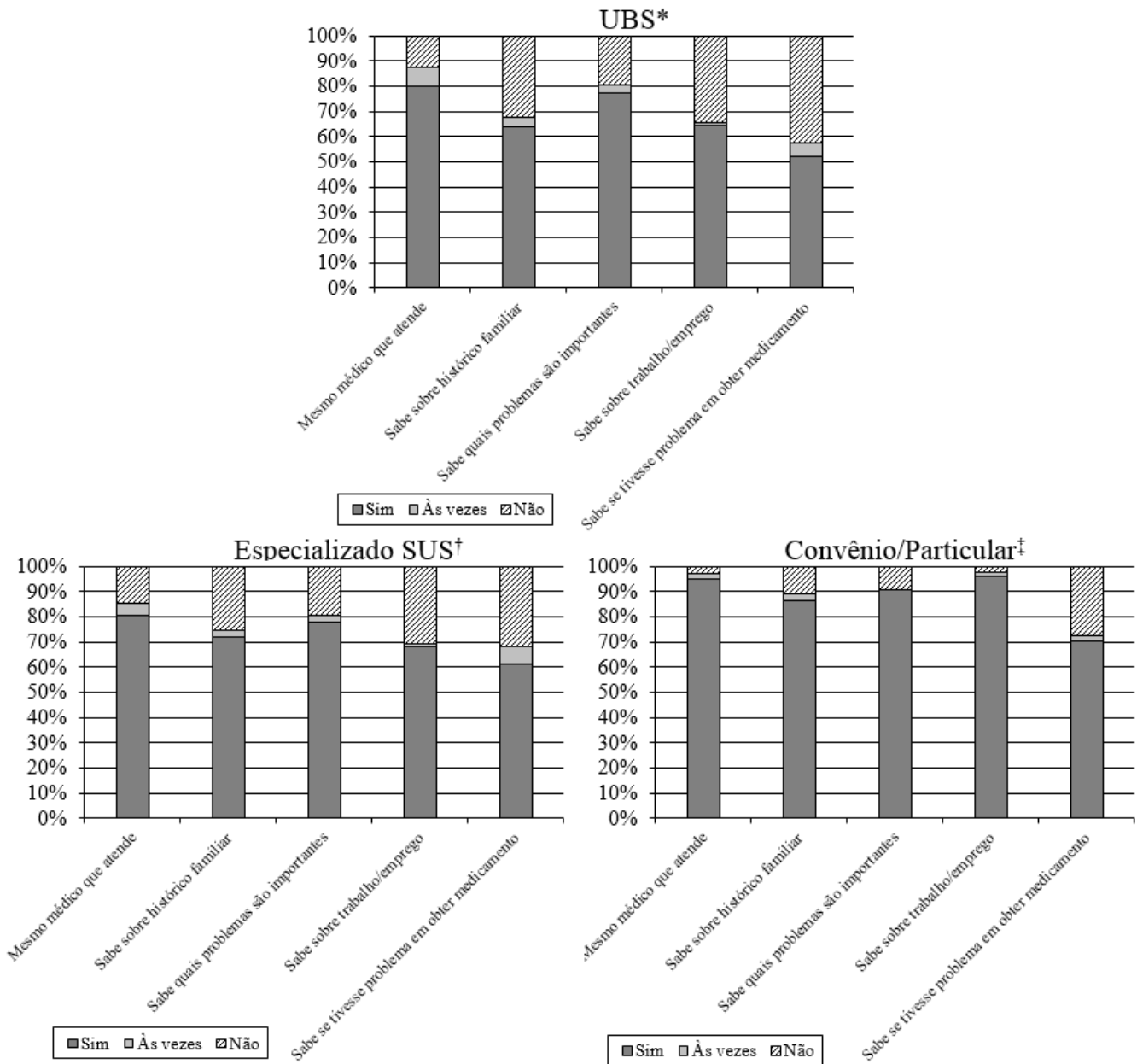
*Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson.

4.4.1 Conhecimento médico sobre o indivíduo

Ao analisar os indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo observaram-se resultados positivos na maioria deles, entretanto, a proporção de respostas favoráveis foi maior entre os médicos do serviço privado ou convênio do que os médicos dos serviços públicos (Figura 18). Nesse critério, o indicador “médico sabe a respeito de problemas em obter ou pagar por medicamentos que precisa” foi o que apresentou pior desempenho (52,1%, 61,0%, 70,1%, respectivamente para médico da

UBS, serviço especializado SUS e plano de saúde) quando comparado aos demais. Entre os que obtiveram o melhor desempenho o indicador “Mesmo médico que atende nas consultas de rotina” se destacou na avaliação dos médicos da UBS (79,9%) e dos especialistas do SUS (80,5%). Já na avaliação dos médicos do convênio/particular o indicador “Sabe sobre o emprego/trabalho” foi o que obteve o melhor desempenho de modo que 95,7% dos indivíduos com médico de convênio/particular afirmaram esse conhecimento do médico.

Figura 18 - Indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo o tipo de médico de referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.

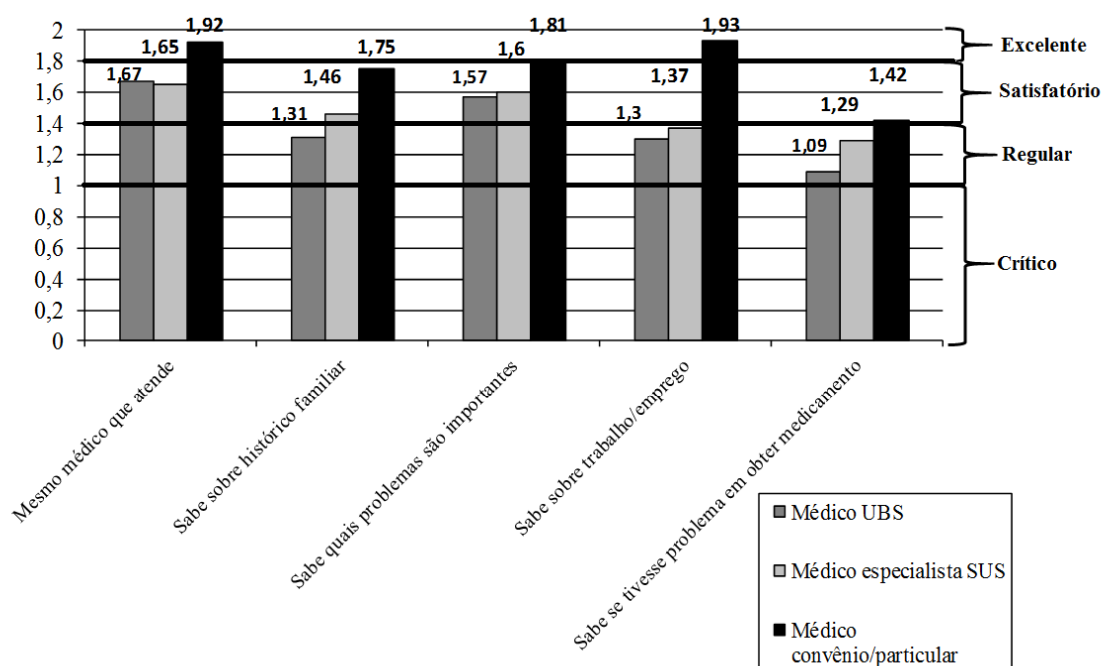


*n= 234. †n= 82. Trata-se de médicos especialistas que trabalham em ambulatórios de especialidades do SUS. ‡n=164. Excluído 1 indivíduo que não avaliou o médico particular/convênio referido;

Considerando o médico da UBS, o médico do serviço especializado do SUS e do convênio/particular observou-se que o médico do convênio/particular obteve melhores escores em todos os indicadores do critério quando comparado aos demais tipos de médicos. Os médicos especializados do SUS apresentaram melhores escores em todos os indicadores do critério quando comparado aos escores dos médicos da UBS, exceto no indicador “Mesmo médico que atende nas consultas de rotina” (Figura 19).

Quanto ao julgamento verificou-se que nenhum indicador apresentou resultado *crítico*. Na avaliação do médico da UBS a maioria dos indicadores foram considerados *regular*, sendo dois deles com resultados *satisfatórios*. No especialista do SUS e no médico de convênio/particular a maioria obteve escore *satisfatório* e *excelente*, respectivamente (Figura 19).

Figura 19- Relação interpessoal por escore de indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo tipo de médico, Cambé – PR, 2015.



Quanto às características dos 234 indivíduos que citaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde observou-se que a maioria dos indivíduos com classe econômica C relatou que o médico não saberia se houvesse problema em obter ou pagar por medicamento (s) (Tabela 7). Na análise dos fatores associados aos indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo, na análise bivariada verificou-se que a frequência do conhecimento médico sobre o histórico familiar do indivíduo foi significativamente maior entre as pessoas com 60 anos ou mais e sobre quais problemas são mais importantes para o indivíduo foi significativamente mais elevada entre os indivíduos que referiram diabetes. Em relação ao conhecimento médico sobre o trabalho ou emprego do indivíduo observou-se que a frequência foi significativamente mais elevada entre os homens em relação às mulheres. Após análise ajustada, nenhum fator permaneceu associado aos indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo (Tabela 7).

Tabela 7- Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).

Características	Mesmo médico que atende nas consultas de rotina			Médico sabe sobre histórico familiar			Médico sabe quais problemas são importantes			Médico sabe sobre trabalho/ emprego			Médico sabe se tiver problema em obter/pagar por medicamentos		
	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†	%	P Bruto*	P Ajustado†
Sexo															
Feminino (n=149)	78,5			65,8			74,5			59,7			52,3		
Masculino (n=85)	82,4	0,47	-	61,2	0,48	-	82,4	0,14	0,15	72,9	0,03‡	0,06	51,8	0,93	-
Faixa etária															
44-59 anos (n=107)	82,2			57,0			74,8			64,5			48,6		
60 anos ou mais (n=127)	78,0	0,41	0,16	70,1	0,04‡	0,12	79,5	0,39	0,64	64,6	0,99	0,43	55,1	0,32	0,38
Escolaridade															
0 a 7 anos (n=174)	82,2			62,6			77,0			61,5			51,1		
8 anos ou mais (n=60)	73,3	0,18	0,09	68,3	0,41	-	78,3	0,83	-	73,3	0,07	0,11	55,0	0,60	-
Classe Econômica															
A+B (n=53)	75,5	0,40		69,8	0,46		77,4	0,34	0,51	73,6	0,38		54,7	0,60	0,79
C (n=141)	80,9	0,80	-	62,4	0,99	-	75,2	0,13	0,34	61,0	0,63	-	48,9	0,18	0,26
D+E (n=40)	82,5	-		62,5	-		85,0	-	-	65,0	-		60,0	-	-

* Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson. ‡p <0,05.

(continuação) **Tabela 7-** Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério conhecimento médico sobre o indivíduo segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).

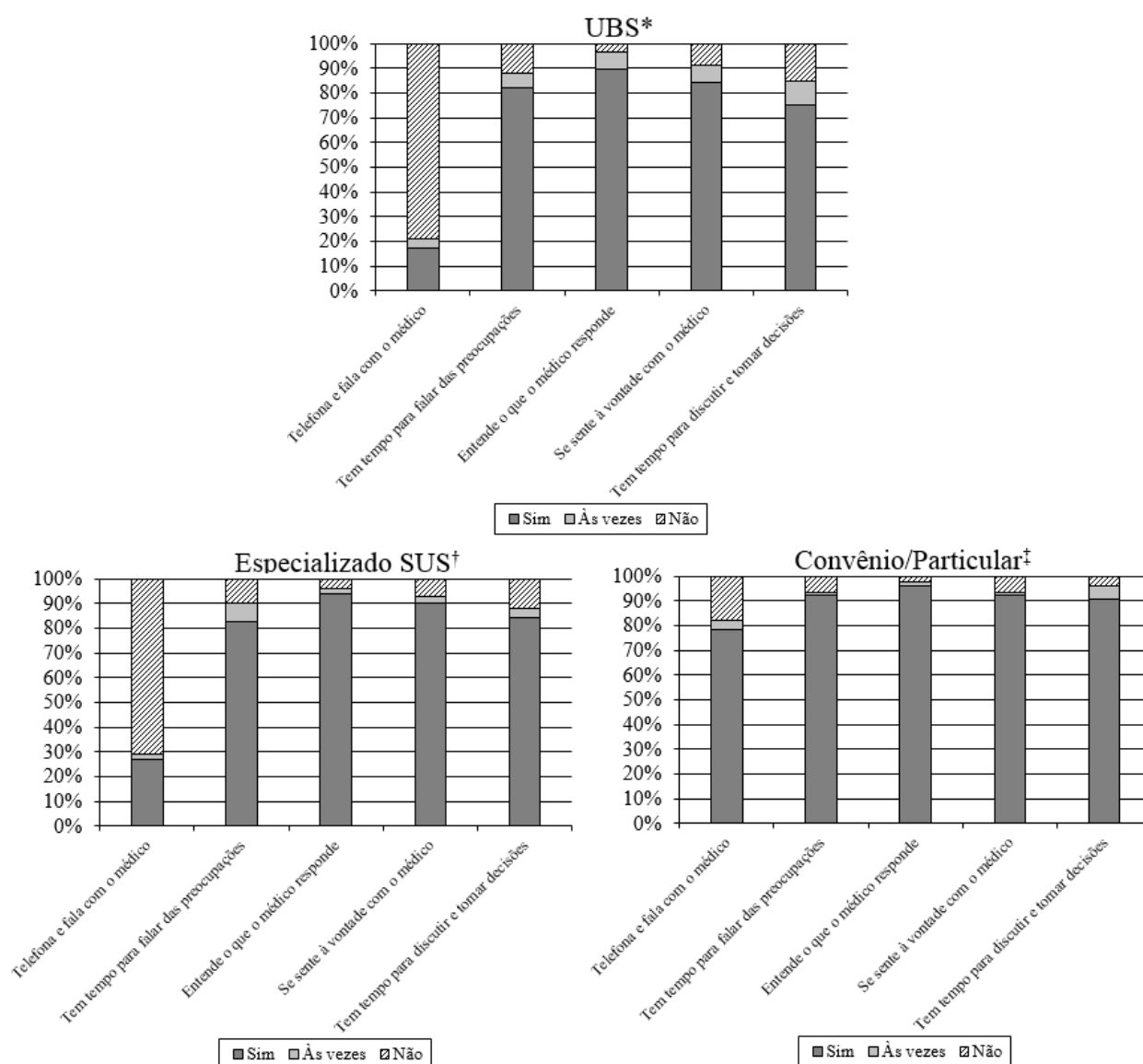
Características	Mesmo médico que atende nas consultas de rotina			Médico sabe sobre histórico familiar			Médico sabe quais problemas são importantes			Médico sabe sobre trabalho/ emprego			Médico sabe se tiver problema em obter/pagar por medicamentos		
	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†	%	P Bruto*	P Ajustada†
Exerce algum trabalho															
Sim (n=103)	82,5	0,37	-	59,2	0,17	0,71	77,7	0,91	-	69,9	0,12	0,26	52,4	0,93	-
Não (n=131)	77,9			67,9			77,1			60,3			51,9		
Uso de medicamento contínuo															
Sim (n=189)	81,0	0,45	-	66,7	0,13	0,50	78,8	0,31	-	64,6	0,98	-	53,4	0,43	-
Não (n=45)	75,6			53,3			71,1			64,4			46,7		
Diabetes autorreferida															
Sim (n=74)	81,1	0,75	-	62,2	0,67	-	85,1	0,03‡	0,05	64,9	0,94	-	45,9	0,21	-
Não (n=160)	79,4			65,0			73,8			64,4			55,0		
Hipertensão arterial autorreferida															
Sim (n=160)	80,0	0,96	-	67,5	0,13	0,52	77,5	0,93	-	65,0	0,82	-	53,1	0,66	-
Não (n=74)	79,7			56,8			77,0			63,5			50,0		

*Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson. ‡p<0,05

4.4.2 Comunicação interpessoal

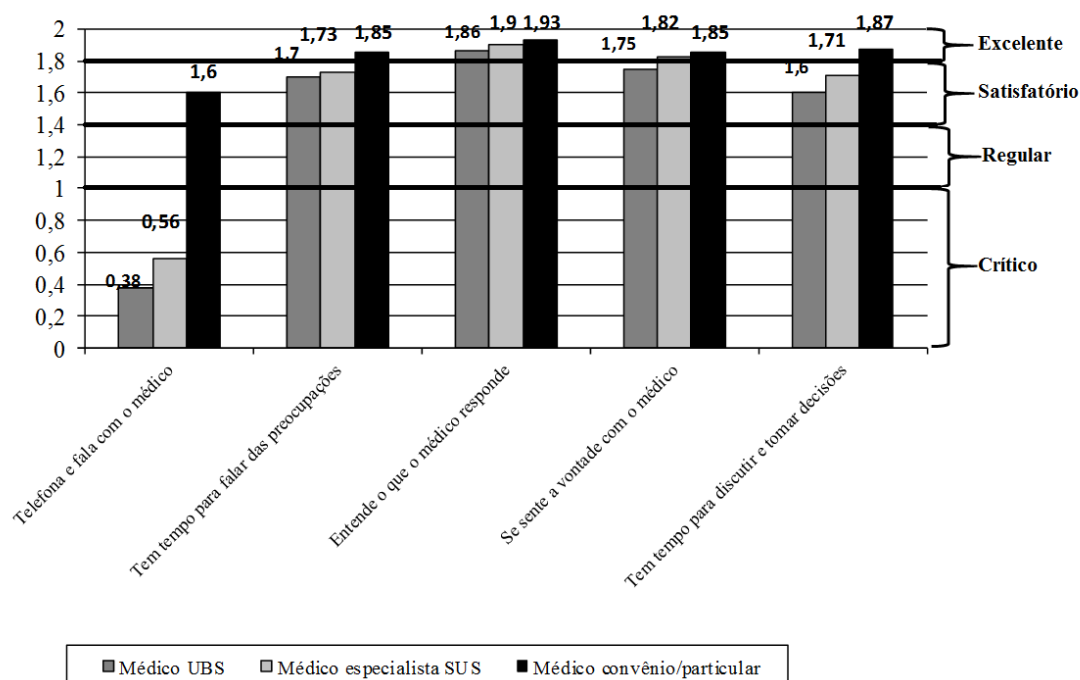
No critério comunicação interpessoal observou-se que a maioria dos indicadores apresentou resultados favoráveis tanto para os médicos da UBS quanto dos serviços especializados do SUS e convênio/particular. O indicador “poder telefonar e falar com o médico quando tem uma pergunta” foi o que obteve pior desempenho, nos três tipos de médico, em relação aos demais do critério. Esse indicador também apresentou a maior discrepância ao comparar o médico do convênio com os demais. Enquanto que 78,7% dos indivíduos com médico de convênio/particular podem telefonar e falar com médico, somente 17,5% e 26,8% dos que referiram médico da UBS e especialista do SUS, respectivamente, confirmaram essa possibilidade. O melhor desempenho, nos três tipos de médicos, foi observado no indicador “entende o que o médico responde” (89,7%, 93,9% e 95,7%, respectivamente, para médico da UBS, serviço especializado e plano de saúde), conforme observado na figura 20.

Figura 20- Indicadores do critério comunicação interpessoal segundo o tipo de médico de referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015.



Quanto ao julgamento dos resultados, a maioria dos indicadores referentes ao médico da UBS e ao especialista do SUS obteve escore *satisfatório* ou *excelente*. Nesses tipos de médico o único indicador que apresentou escore *crítico* foi o referente a “poder telefonar e falar com o médico se tiver uma pergunta”. Na avaliação do médico do convênio/particular todos os escores foram considerados *excelentes*, exceto no indicador “telefona e fala com o médico” que obteve escore *satisfatório*. Esse tipo de médico não obteve nenhum indicador com escore *crítico*, conforme apresentado na figura 21.

Figura 21- Relação interpessoal por escore de indicadores do critério comunicação interpessoal segundo tipo de médico, Cambé – PR, 2015.



Quanto às características dos 234 indivíduos que citaram o médico da UBS como referência para o cuidado da saúde, verificou-se que a maioria dos indivíduos que faz uso de medicamento contínuo referiu que não pode telefonar e falar com o médico (Tabela 8). Na análise bivariada dos fatores associados aos indicadores do critério comunicação interpessoal, observou-se que a frequência de sentir à vontade com o médico foi significativamente maior entre os indivíduos que não fazem uso de medicamento contínuo. Além disso, constatou-se que a frequência de ter tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisão junto com o médico foi mais elevada entre os indivíduos com 60 anos ou mais e entre os que pertencem à classe econômica D+E quando comparado aos que pertencem à classe A+B. Após análise ajustada, nenhum fator permaneceu associado aos indicadores do critério comunicação interpessoal, conforme apresentado na tabela 8.

Tabela 8- Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério comunicação interpessoal segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).

Características	Telefona e fala com o médico			Tem tempo para falar das preocupações			Se sente à vontade com o médico			Entende o que o médico responde			Tem tempo para discutir e tomar decisões		
	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†
Sexo															
Feminino (n=149)	15,4			79,9			84,6			89,3			73,8		
Masculino (n=85)	21,2	0,26	-	85,9	0,22	-	83,5	0,83	-	90,6	0,74	-	77,6	0,50	-
Faixa etária															
44-59 anos (n=107)	13,1			78,5			84,1			87,9			68,2		
60 anos ou mais (n=127)	21,3	0,10	0,06	85,0	0,20	0,36	84,3	0,97	0,63	91,3	0,38	-	81,1	0,02‡	0,07
Escolaridade															
0 a 7 anos (n=174)	16,7			83,3			84,5			90,2			76,4		
8 anos ou mais (n=60)	20,0	0,55	-	78,3	0,41	-	83,3	0,83	-	88,3	0,68	-	71,7	0,48	-
Classe econômica															
A+B (n=53)	26,4	0,47		77,4	0,09	0,17	86,8	0,57		86,8	0,91		64,2	0,02‡	0,06
C (n=141)	13,5	0,30	-	81,6	0,13	0,22	83,7	0,86	-	91,5	0,49	-	76,6	0,19	0,39
D+E (n=40)	20,0	-		90,0	-	-	82,5	-		87,5	-		85,0	-	-

*Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson. ‡p<0,05

(continuação) **Tabela 8-** Análise bivariada e de múltiplos fatores, pela regressão de Poisson, do critério comunicação interpessoal segundo características sociodemográficas, econômica, morbidade e uso de medicamento contínuo dos indivíduos que avaliaram e mencionaram o médico da UBS como referência para o acompanhamento da saúde, Cambé-PR, 2015. (n=234 indivíduos).

Características	Telefona e fala com o médico			Tem tempo para falar das preocupações			Se sente à vontade com o médico			Entende o que o médico responde			Tem tempo para discutir e tomar decisões		
	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†	%	P Bruto*	P Ajust.†
Exerce algum trabalho															
Sim (n=103)	19,4	0,49	-	79,6	0,39	-	84,5	0,91	-	91,3	0,49	-	71,8	0,29	-
Não (n=131)	16,0			84,0			84,0			88,5			77,9		
Uso de medicamento contínuo															
Sim (n=189)	17,5	0,96	-	83,1	0,44	-	82,0	0,01 ‡	0,06	89,9	0,83	-	75,1	0,95	-
Não (n=45)	17,8			77,8			93,3			88,9			75,6		
Diabetes autorreferida															
Sim (n=74)	10,8	0,07	0,05	79,7	0,54	-	83,8	0,90	-	90,5	0,78	-	74,3	0,83	-
Não (n=160)	20,6			83,1			84,4			89,4			75,6		
Hipertensão arterial autorreferida															
Sim (n=160)	17,5	0,99	-	81,9	0,91	-	81,9	0,12	0,49	90,0	0,85	-	73,8	0,43	-
Não (n=74)	17,6			82,4			89,2			89,2			78,4		

*Valor de p referente à análise bivariada. †Valor de p referente à regressão de Poisson. ‡p<0,05

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO – UBS COMO PRINCIPAL PORTA DE ENTRADA

Os dados desse estudo revelam que a UBS é considerada referência para o primeiro contato em caso de problema de saúde não urgente tanto para a maioria da população total estudada (61,4%), com maior proporção entre as pessoas pertencentes às classes econômicas menos favorecidas (77%) e com baixo grau de escolaridade (71,4%), quanto para os indivíduos que não possuem plano de saúde (85,7%), fato que reforça o papel da atenção básica como porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, principalmente àqueles mais desfavorecidos.

Esse cenário indica que a atenção básica contempla a maior parte dos indivíduos que consideram a UBS como referência para o cuidado, que pertence às classes econômicas menos favorecidas, possui baixo grau de escolaridade e não tem plano de saúde. Tal fato mostra que a atenção básica do município estudado abrangeu uma das propostas da ESF que corresponde a oferecer cobertura às parcelas mais pobres da população e diminuir as iniquidades nos serviços de saúde. Além disso, os dados também sinalizam para melhorias no acesso à UBS para essa parcela da população uma vez que ter um serviço de saúde ao qual normalmente se recorre é um indicador de acesso e da disponibilidade de serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A UBS é vista como referência e elemento importante para a composição do cuidado mesmo para indivíduos que vivem situações bastante graves de saúde de modo que esses indivíduos reconhecem que encontram respostas para suas necessidades nesse nível de atenção (CECILIO et al., 2012).

Nesse sentido, ressalta-se que o MS preconiza a atenção básica como serviço de contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, de modo a produzir atenção integral ao considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012a). Esse modelo tem contribuído com a melhoria da integralidade da atenção, da promoção da saúde, prevenção das doenças (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016) e aproximação do serviço com o usuário (LIMA et al., 2015).

Entretanto, apesar dos benefícios da atenção básica apontados verificou-se que aproximadamente 40% da população estudada não consideram a UBS como contato

preferencial para um problema de saúde não urgente, fato que indica dificuldades na utilização da atenção primária como porta de entrada e na efetivação do princípio da universalidade. A utilização da atenção básica como porta de entrada pode ser determinada e influenciada por diversos fatores relacionados ao ambiente, às características da população e aos serviços de saúde, como aponta Andersen (1995). A demanda do mercado pode ser um dos fatores que influencia esse cenário dado que grande parte dos entrevistados que possui plano de saúde não considera a UBS como referência o que reflete as condições de escolha e compra de serviços de saúde por essa parcela da população (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009). Enquanto que nos serviços públicos há deficiências que impedem a efetivação da atenção básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014), para os clientes de planos e seguros privados de saúde dificilmente faltam vagas, equipamentos ou recursos humanos para atendê-los de modo que contam com uma oferta de recursos muito mais ampla e acessível do que o restante da população brasileira (BAHIA; SCHEFFER, 2012).

Porém, apesar de os serviços privados apresentarem melhores escores nos indicadores de acessibilidade, semelhante ao verificado em outro estudo (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013), os resultados mostraram que os usuários dos serviços privados também enfrentam barreiras organizacionais como deixar de trabalhar para ir até o serviço de saúde e dificuldades no aconselhamento pelo telefone, o que sugere a não garantia de atendimento rápido e de qualidade mesmo àqueles que têm plano de saúde privado.

Além disso, o achado sobre a utilização do serviço público de atenção primária como porta de entrada pelos indivíduos que têm planos de saúde (34,7%) reforça a ideia de que o serviço público é utilizado para suprir as lacunas assistenciais e complementar as coberturas de clientes de planos e seguros de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2012). O fato de que dos 885 participantes do Vigicardio 2015, 329 referiram possuir plano de saúde e destes 227 (69,0%) afirmaram que a cobertura do plano é parcial, corrobora a percepção de que o sistema de saúde brasileiro, instituído como sistema de saúde universal, apresenta uma estrutura fortemente moldada no setor público e no privado com imbricação bem específica entre esses setores (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008). Isto é, o sistema privado ora é suplementar quando se caracteriza como um acréscimo à

cobertura universal do SUS e ora duplicado, uma vez que oferece serviços prestados pelo segmento público (OECD, 2004). Desse modo, percebe-se que o uso dos serviços envolve demandas diferenciadas de acordo com o atendimento ofertado, ocorrendo interposição de usuários que utilizam o serviço público e privado a exemplo daqueles que buscam a atenção primária somente para vacinação por indicação do médico do convênio (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003) ou para obtenção de medicamentos, e supostamente daqueles indivíduos participantes do presente estudo que possuem plano de saúde com cobertura parcial e dos que referiram utilizar a UBS, mas não como porta de entrada. Assim, concorda-se com Bahia e Scheffer (2012) quando expõem que a segmentação das coberturas dos planos e seguros representa um desafio permanente à universalização da atenção à saúde, de modo que seus efeitos ultrapassam as fronteiras das relações de consumo e influenciam sobre a organização e a utilização de serviços de saúde.

O fato de 25,7% dos indivíduos entrevistados utilizarem mais de um serviço e 5,8% utilizarem os serviços especializados do SUS, UPA, hospital e farmácia como referência no primeiro contato para um problema de saúde não urgente sugere que a ideia de definir a atenção primária como porta de entrada esbarra também na baixa resolubilidade, ou seja, na baixa capacidade das equipes de efetivamente resolverem problemas (FEUERWERKER, 2005; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Estudo qualitativo realizado por Cecílio e colaboradores (2012) em dois municípios de grande porte da região do ABCD paulista verificou que os usuários considerados como maiores utilizadores dos serviços de saúde têm uma visão do médico generalista da UBS como sendo um encaminhador para o especialista e como um “trocador de receita” de modo que o especialista detém sempre a última palavra sobre o tratamento mais adequado e é dominante em relação à rede básica. Esse baixo poder que ainda têm os profissionais da atenção básica para o exercício do papel de ordenamento da rede e coordenação do cuidado de saúde (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014) corrobora a ideia da rede básica no seu caráter de subalternidade em relação aos serviços de saúde e profissionais que operam com maior complexidade tecnológica (CECILIO et al., 2012). No Brasil, esse cenário se acentua, pois, além de ser baixo o reconhecimento dos profissionais de atenção primária pelos médicos especialistas não há tradição de formação de generalista nas escolas médicas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

As perspectivas de continuidade do cuidado, integralidade da atenção e da responsabilização propostas como fundamentos e diretrizes de reorientação do modelo de atenção e das práticas (BRASIL, 2012a) ainda não estão em sintonia com a formação dos profissionais de saúde. Erdmann e colaboradores (2009), por meio de entrevista com alunos dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, constataram que o perfil dos profissionais não é adequado o suficiente para prepara-los para uma atuação nos moldes dos princípios e diretrizes do SUS. Esses pesquisadores enfatizam que permanece a valorização do tecnicismo e biologização dos conteúdos como os únicos válidos e significativos para a formação. Além disso, verificaram que o processo de reformulação curricular não conseguiu mudar de fato a mentalidade dos alunos uma vez que eles ainda relacionam o SUS como um sistema para os pobres (ERDMANN et al., 2009). Esse perfil foi observado por pesquisadores espanhóis participantes de um projeto de iniciativa da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade que se centrou na observação da aplicação da ESF em ambientes e populações com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e em UBS docentes urbanas e periurbanas de 19 estados do Brasil (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011). Segundo eles, a persistência de uma visão “vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica e fomentam um modelo rígido e fragmentado de atendimento, muitas vezes com fundamento científico frágil e o encaminhamento excessivo aos especialistas e a urgências por uma organização em que quase todos os profissionais fazem menos do que poderiam estão entre os maiores erros da ESF.

A baixa resolubilidade, suposta pelo percentual de indivíduos que utilizam mais de um serviço no primeiro contato para um problema de saúde não urgente também pode estar relacionada às dificuldades de acesso aos serviços especializados por meio de encaminhamento do médico generalista da UBS. Estudos apontam que o usuário necessita ir várias vezes ao serviço para conseguir ser atendido, não tem garantia de exames e de continuidade do tratamento quando é atendido (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA et al., 2015), além de se deparar com a inexistência de um efetivo sistema de referência e contra referência para acesso a maior nível de complexidade (GIOVANELLA et al., 2015; SOUZA; GARNELO, 2008). Dados obtidos, em fevereiro de 2017, no Setor de Regulação, Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde Pública do município estudado mostram que o acesso aos serviços especializados é um dos pontos de estrangulamento do município. À título

de ilustração, a fila para consulta de rotina com o Reumatologista conta com 615 pessoas e um tempo de espera aproximado de cinco anos e onze meses, para consulta de rotina com endocrinologista há 123 pessoas e um tempo de espera aproximado de três anos e um mês, para consulta de prioridade com essas especialidades o tempo de espera aproximado é de dois anos e dez meses, segundo a capacidade instalada do município no período analisado. Desse modo, o elenco de serviços aquém das necessidades de saúde do indivíduo faz com que o usuário/demanda retorne frequentemente à porta de entrada e forme um ciclo de alta demanda e baixa resolubilidade (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Vale ressaltar que, apesar de os resultados do presente estudo mostrarem que não há dificuldade para agendar e conseguir consulta no serviço especializado do SUS pela maioria dos indivíduos que o considera como referência, esses indivíduos podem estar se referindo a algumas especialidades que não possuem fila de espera, a exemplo da oftalmologia. Além disso, deve-se considerar o número limitado de indivíduos (22) que citaram os serviços especializados do SUS como referência no primeiro contato para problema de saúde não urgente e que não são representativos da totalidade.

Assim, concorda-se com Solla e Chioro (2012) quando enfatizam que o acesso à especialidade é um grande gargalo do SUS e se constitui a face mais perceptível dos problemas identificados pelos brasileiros. Cecílio e colaboradores (2012) verificaram que os usuários associam a experiência frustrada do acesso à média complexidade com a incapacidade dos profissionais da atenção básica de garantir o que eles mais desejam – consumo de tecnologia, em tempo adequado, que julga necessária para se sentir bem cuidado. Os pesquisadores percebem que a UBS serve como observatório das dificuldades de acesso aos serviços de atenção especializada, nem sempre conseguindo ser o ponto de apoio quando se trata de alcançar outros níveis do sistema de saúde (CECILIO et al., 2012). Essas dificuldades criam uma descrença no papel ordenador da atenção primária de modo que o usuário busca outras formas para conseguir atendimento (CAMPOS et al., 2014) e ter suas necessidades acolhidas (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Embora os percentuais de utilização de hospitais, UPA, serviços especializados do SUS e farmácias como porta de entrada usual e de nenhum serviço como primeiro contato em situações de saúde não urgente, observados no presente estudo, sejam baixos, 5,8% e 4,0%, respectivamente, esses resultados podem estar relacionados com as premissas citadas acima. Nesse sentido, confirma-se a

ideia exposta por Giovanella e Mendonça (2012) de que a articulação da UPA com a atenção básica não está estabelecida de modo que se torna um modelo competitivo para a Saúde da Família como serviço de procura regular. Ainda que esse modelo possa cumprir com o requisito de garantir o atendimento, não atende a qualquer outro atributo da atenção primária à saúde a exemplo da coordenação da atenção, criação de vínculo e acompanhamento longitudinal (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A coordenação do cuidado, entendida como a capacidade das ESF de coordenar o uso de serviços de outros níveis de atenção para resolver os problemas menos frequentes e mais complexos de modo a garantir a continuidade da assistência, é um desafio contemporâneo e crescente, principalmente frente à necessidade de melhorar a atenção aos agravos crônicos (GIOVANELLA, 2014). Pessoas com diabetes mellitus e/ou com hipertensão em estágios avançados requerem avaliação de encaminhamento para a atenção especializada conforme a necessidade apresentada (BRASIL, 2013a, b). Contudo, a APS ainda encontra vários desafios para a coordenação principalmente pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e processos para a produção social em saúde (RODRIGUES et al., 2014).

Outros estudos evidenciaram algumas barreiras que podem interferir na utilização da UBS como porta de entrada pelos 30,3% que não utilizam a UBS para o primeiro contato a exemplo das dificuldades no manejo da demanda espontânea, de grupos não prioritários e do acesso restrito a determinados serviços e programas (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA; ASSIS, 2010). Porém, supõe-se que essas barreiras podem estar minimizadas na atenção básica do município estudado visto que segundo o Relatório de Gestão 2015 as UBS desenvolvem uma variedade de atividades como palestras, grupos de caminhada com a comunidade, de apoio psicológico e campanhas Outubro Rosa e Novembro Azul com o intuito de contemplar as necessidades da população da área de abrangência (CAMBÉ, 2016b). Relativamente à demanda espontânea por episódios eventuais, os serviços de atenção básica do município adotaram algumas estratégias em direção às práticas equitativas que correspondem a igualdade na distribuição do cuidado e dos seus efeitos sobre a saúde de modo que confere maior resolutividade às

necessidades dos indivíduos. Entre as estratégias institucionalizadas nas UBS do município estudado a estratificação de risco no acolhimento à demanda espontânea como ferramenta que permite identificar diferentes gradações de risco de modo a auxiliar nas devidas prioridades foi uma delas. Essa estratégia baseia-se na proposta do Ministério da Saúde que recomenda a realização do acolhimento já na recepção da unidade por meio da observação pelos trabalhadores que circulam no local e também por meio de espaços para a escuta e a identificação de riscos e vulnerabilidade individual (BRASIL, 2012b).

Entretanto, apesar de os serviços de atenção básica do município estudado apresentarem uma variedade de ações, de ter a ESF implantada em 100% das UBS com cobertura de 90,0% segundo dados oficiais, (CAMBÉ, 2016b) e de a UBS ser referência no primeiro contato para um problema de saúde não urgente para a maioria dos indivíduos entrevistados, os nossos resultados apontam dificuldades nos aspectos organizacionais da acessibilidade. Esses achados indicam que há barreiras evidentes que dificultam a entrada e permanência do indivíduo no sistema de saúde, semelhante ao destacado por Albuquerque et al., (2014) e Oliveira et al., (2012) que analisaram a acessibilidade aos serviços de saúde de Atenção Básica em Pernambuco e em um distrito sanitário de Salvador, respectivamente. Albuquerque e colaboradores (2014), por meio de análise dos dados da avaliação externa das equipes participantes do PMAQ-AB do Estado de Pernambuco, observaram que ainda há barreiras de acessibilidade a pessoa idosa, com deficiência, com dificuldade de ler ou escrever, há dificuldades no agendamento de consultas especializadas e reduzida capacidade de identificação dos riscos e situações de maior urgência apresentadas pelos usuários. Oliveira e colaboradores (2012), que realizaram um inquérito domiciliar com indivíduos residentes em áreas cobertas pelo PSF em um distrito sanitário de Salvador, também verificaram que o tempo de agendamento é uma barreira evidente para os usuários que buscam a atenção básica e observaram que esse aspecto organizacional pode ser um impedimento à utilização.

5.2 ACESSIBILIDADE ORGANIZACIONAL

5.2.1 Obtenção da consulta

O resultado *crítico* do índice composto da dimensão acessibilidade organizacional calculado a partir dos indicadores de obtenção da consulta na UBS e os

baixos escores de acessibilidade relacionados à não utilização de tecnologias de acesso não presencial verificada no baixo uso do telefone e problemas com tempo de espera, obtenção e agendamento das consultas citados pelos indivíduos participantes do presente estudo fortalecem os resultados obtidos por estudos de uma revisão sistemática de que persistem problemas organizacionais que dificultam a utilização do serviço de atenção primária (PAULA et al., 2016).

A dificuldade no contato telefônico, pior indicador do critério obtenção de consulta observado pelo presente estudo tanto na avaliação da UBS quanto dos serviços especializados do SUS e convênio/particular, pode estar relacionado ao fato de esses serviços habitualmente não oferecerem esta facilidade aos usuários. Essa e outras tecnologias de informação e comunicação de acesso não presenciais podem ser utilizadas como canal complementar de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e usuários de modo a atender também as necessidades de saúde dos indivíduos (HARZHEIM et al., 2016). Além disso, a utilização da internet e de vários outros aplicativos também pode contribuir para melhorar o acesso uma vez que a utilização desses meios vem apresentando tendência crescente. A título de ilustração, o WhatsApp possuía 38 milhões de usuários no Brasil em 2014 (DIAS, 2014) e mais de 100 milhões no final do ano de 2015 segundo notícia vinculada na revista Veja (REUTERS, 2015). Segundo dados PNAD 2015 houve uma expansão do acesso à internet por domicílio entre 2013 e 2015 passando de 48,8% para 57,8%, o que corresponde a 39,3 milhões de domicílios com acesso à internet. Essa expansão também foi observada na utilização da internet pela população de 10 anos ou mais visto que o percentual de indivíduos que utilizaram a internet nos últimos três meses investigados passou de 54,4% em 2014 para 57,5% em 2015 (IBGE, 2016a).

Porém, vale ressaltar que a democratização desses meios de comunicação ainda não é do alcance de alguns segmentos da população, especialmente entre aqueles com características semelhantes à população entrevistada no VIGICARDIO em 2015 no qual 20,6% dos indivíduos utilizam a internet para se informar sobre a saúde. A PNAD 2015 mostrou que a menor proporção de utilização da internet estava entre as pessoas de 60 anos ou mais de idade (17,4%) e entre os menos escolarizados (IBGE, 2016a). Nas UBS, essa lacuna no diálogo entre os usuários que não utilizam a internet e outros meios de tecnologias da informação e comunicação pode ser preenchida com as práticas

das visitas domiciliares. Dados do Vigicardio 2015 mostram que apenas 36,8% dos 885 entrevistados referiram receber visita domiciliar do agente comunitário de saúde, sendo a maior proporção de visitas (52,8%) realizadas àqueles pertencentes à faixa etária de 44 a 59 anos. A visita domiciliar é uma ferramenta importante para o acompanhamento e orientação das pessoas de modo que consiste em uma oportunidade para o ACS/serviço estar em contato permanente com o indivíduo e desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância (BRASIL, 2012a). Outra alternativa para suplementar essa lacuna pode ser o estabelecimento de comunicação/contato entre o serviço e os familiares de referência dos indivíduos por meio do uso das tecnologias de acesso não presenciais uma vez que em geral há participação dos familiares no cuidado.

Por outro lado, os resultados sugerem que as UBS e os serviços do convênio/particular têm facilitado o agendamento das consultas uma vez que o indicador “não espera por muito tempo para marcar consulta” foi o que apresentou o melhor resultado quando comparado aos demais indicadores desses serviços. Entretanto, apesar de esse indicador obter o melhor escore entre os indicadores da UBS o mesmo se apresentou *regular* nesse serviço o que indica fragilidades no agendamento das consultas. Essas fragilidades da UBS também são evidenciadas no resultado *crítico* do indicador “acha fácil marcar consulta” e corroboram a ideia de que a dificuldade de marcar consulta permanece como um importante problema de acesso na atenção básica (AZEVEDO; COSTA, 2010).

A análise de associação realizada entre os indicadores de acessibilidade organizacional e as características da população que considera a UBS como referência no primeiro contato para um problema de saúde não urgente mostrou que há diferença significativa entre os sexos para conseguir aconselhamento pelo telefone e na facilidade e obtenção de consultas. A associação entre sexo e a facilidade de conseguir aconselhamento pelo telefone verificada no presente estudo se relaciona com a ideia do predomínio das mulheres na busca pelos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2012; SANTIAGO et al., 2013) supostamente pela maior proximidade com o serviço de saúde em decorrência da quantidade de programas ofertados à essa população e pela tendência de as mulheres referirem mais problemas de saúde do que os homens (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Além disso, sugere-se

que esse cenário é influenciado por questões culturais de modo que geralmente as mulheres estão mais atentas com os cuidados em saúde do que os homens.

Diferente de outros estudos verificou-se que os homens possuem mais facilidade de marcar consulta quando comparado às mulheres. Entretanto diante do predomínio da mulher no uso dos serviços de saúde e de seu papel de cuidadora da família, uma das possíveis explicações é que o agendamento de consulta pode ser realizado pelas esposas ou filhas, fato que é visto com frequência nas unidades uma vez que os homens estão em horário de trabalho. Albuquerque e colaboradores (2014) em estudo que analisou a acessibilidade aos serviços de atenção básica em Pernambuco verificaram que há preponderância de mulheres atendidas, o que destaca seu papel no cuidado com a família e o maior acesso às UBS em função do horário de funcionamento. Sendo assim, é possível que o homem não vivencia o processo de agendamento e, portanto, não tem percepção das barreiras que podem ter sido enfrentadas nesse trâmite. Porém, ressalta-se a necessidade de outros estudos que visem compreender o papel da mulher no agendamento de consultas dos familiares para que esse fato se confirme.

A esperada associação entre melhor acesso e indivíduos que referiram hipertensão e/ou diabetes não foi observada, fato que supõe que não há acesso diferenciado a esses grupos de risco. A não diferenciação positiva desse grupo de risco também foi observada por outro estudo que analisou os prontuários e verificou que as unidades de saúde não utilizam a classificação de risco para o agendamento das consultas médicas dos indivíduos com hipertensão e/ou diabetes (RADIGONDA et al., 2016). Esses achados mostram que há fragilidade no acesso relacionada às políticas voltadas para grupos específicos o que está diretamente relacionado com dificuldades na institucionalização do princípio da equidade (ASSIS; JESUS, 2014) e com a hegemonia do modelo biomédico centrado na “demanda espontânea”. Cabe ressaltar que o fato de o município, em 2016, ter iniciado o processo de uso da estratificação de risco de acordo com a Linha Guia de Hipertensão e do Diabetes para o acompanhamento dos indivíduos portadores desses agravos crônicos por meio da adesão ao processo de Tutoria em quatro UBS (PARANÁ, 2015) possa promover mudanças na situação observada por ocasião do estudo. Esse processo inclui a implantação da clínica ampliada – atenção contínua, atenção compartilhada a grupo, atenção por pares, matriciamento entre

generalistas e especialistas e atenção a distância - para dar suporte ao atendimento de diversas demandas da população (PARANÁ, 2015).

Porém, há que se considerar que a necessidade de organização da atenção baseada nas necessidades de saúde e no atendimento à toda população e não limitação a determinados grupos reforça a importância de reorganizar o modelo com propostas alternativas em busca da concretização dos princípios e diretrizes do SUS (CAMPOS et al., 2014; PAIM, 2003). Neste sentido, as ações programáticas de saúde com a utilização da programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, vigilância e promoção da saúde são alternativas que podem contribuir com a organização centrada nas necessidades de saúde (AMORIM et al., 2014; TEIXEIRA, 2000). Modificações em ferramentas organizacionais como a implantação e aperfeiçoamento de manuais para as unidades de saúde da família, estabelecendo a marcação de consulta para a demanda espontânea e a criação de lista de espera, também são alternativas que podem contribuir para facilitar o contato entre a população e a unidade de saúde (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

O acolhimento voltado basicamente para demanda espontânea de modo a “organizar” essa oferta é uma proposta alternativa (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015; TEIXEIRA, 2000). Coutinho, Barbieri e Santos (2015) por meio de revisão integrativa, observaram que os estudos apontam para o acolhimento como um dispositivo de humanização que tem a potencialidade de reduzir a demanda reprimida de modo a oferecer mais acesso aos serviços e responsabilizar a equipe pelo cuidado e satisfação do indivíduo. Entretanto, percebem também que há barreiras que dificultam a implantação desse processo pelo fato de não estar totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O suporte de especialista, o apoio matricial e a inserção da ESF num sistema que de fato seja referenciado e contra referenciado são aspectos que podem contribuir com a ampliação da resolubilidade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ASSIS et al., 2007). O Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, equipes multiprofissionais, foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da atenção básica no Brasil de modo a ampliar as ofertas de saúde nas redes de serviços assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2014b). O município de Cambé conta com uma equipe do NASF que

desenvolve um trabalho compartilhado e colaborativo por meio das dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica (CAMBÉ, 2016b). Esses profissionais trabalham com uma agenda pré-determinada de matriciamento para discutir casos e realizam várias atividades e intervenções clínico-assistenciais como atendimentos individuais, grupos de apoio, práticas educativas de prevenção, visitas domiciliares e ações educativas (CAMBÉ, 2016b). Entretanto, para que os objetivos dessas propostas se efetivem há necessidade de ampliar as equipes tendo em vista que o município possui uma equipe NASF para apoiar as 24 ESF existentes. Além do apoio ou matriciamento, que compete aos profissionais do NASF, a institucionalização do processo de Tutoria realizada em quatro UBS do município propõe o fortalecimento da ESF com a efetiva inserção desses profissionais como membros da equipe multiprofissional de modo que tenha um profissional para cada três equipes saúde da família (PARANÁ, 2015).

Fora a expansão das equipes do NASF, a oferta pode ser ampliada por meio da gestão da fila de espera com a implantação de central de confirmação de agendamento (ALBIERI et al., 2015). O município estudado conta com um sistema informatizado para o agendamento e acompanhamento da situação das consultas aos especialistas. O aviso referente à data da consulta é realizado por meio de mala direta, visita domiciliar ou contato telefônico, entretanto não possui a prática de confirmação da consulta e reposição da vaga em caso de desistência. Com o objetivo de reduzir o absenteísmo às consultas especializadas e aproveitar as vagas dos desistentes Albieri e colaboradores (2015) implantaram, no município de São Paulo, uma central de confirmação de agendamento que contactava o indivíduo 15 dias anteriores à consulta e lembrava, via torpedo do celular, dois dias antes. Após dois anos de implantação do serviço os pesquisadores observaram que houve impacto real na redução da fila de espera sendo aproveitadas 200 mil vagas por redução nas perdas primárias e otimização de 295 mil vagas por absenteísmo (ALBIERI et al., 2015).

Essas estratégias podem ser acompanhadas pelo fortalecimento da atenção básica por meio da ampliação de serviços curativos e preventivo, inclusive de urgência, nas UBS ou no domicílio de modo a oferecer o máximo de serviços nesse nível de atenção mediante tecnologia apropriada e capacitação oportuna (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011). Nesse sentido, esses autores enfatizam que há necessidade de melhorar a estrutura, a organização, a capacitação e os contratos dos profissionais e a

tecnologia nos serviços de atenção básica de modo a aumentar a capacidade de resposta das UBS. Assim, para que se qualifique a maneira como é feito acolhimento, há necessidade de repensar aspectos relevantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde, como uma melhor escuta dos indivíduos que buscam o serviço de modo que as necessidades de saúde apresentadas se tornem o centro das intervenções e práticas dos profissionais (CECILIO, 2009; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acesso à atenção é importante na redução de mortalidade e morbidade e o aumento no número de barreiras ao acesso está associado a menos atenção ao primeiro contato, continuidade mais baixa (STARFIELD, 2002) e ao uso inadequado dos serviços de emergência (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009). Vale salientar que os resultados observados no presente estudo correspondem à realidade de um município que conta com um serviço de saúde que vem se estruturando há mais de três décadas, incentivados pelas políticas estaduais de municipalização da saúde iniciadas na década de 1980 (PARANÁ, 1987). Mesmo assim os achados apontam que as práticas implementadas no município estudado ainda não tiveram efeito nas barreiras organizacionais de acessibilidade o que indica a necessidade de superação e institucionalização dos princípios que interferem no uso da atenção primária como porta de entrada com ênfase no atendimento universal, equitativo e resolutivo.

5.2.2 Turno de funcionamento

O fato de deixar de trabalhar para ir ao serviço de saúde, um dos piores indicadores observados no presente estudo tanto na UBS quanto nos serviços do convênio/particular, é reflexo de uma característica organizacional do serviço – horário de funcionamento - que se constitui em uma barreira para a continuidade do cuidado e para a condição da atenção primária como porta de entrada, uma vez que esse indicador sugere haver incompatibilidade entre os dias e horários de funcionamento e o trabalho.

Quanto às UBS, entre as 13 localizadas na zona urbana do município estudado, uma unidade funciona 24 horas, pois está integrada ao atendimento de urgência, e as demais funcionam das 7 às 19 horas de segunda à sexta-feira. Estudos realizados com homens mostram que o horário de funcionamento das UBS é um dos motivos que impedem a busca pelos serviços de APS por essa parcela da população (CAVALCANTI et al., 2014; SANTOS et al., 2015). Esse problema também foi verificado na população

geral em outros municípios brasileiros (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011) e pode ser melhorado com a ampliação/alteração dos dias e horários de funcionamento das unidades (PAULA et al., 2016). Entretanto, para que essa mudança tenha efeito os horários e dias de atuação dos profissionais devem estar em sintonia com o horário de funcionamento (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010) dado que o problema pode estar no horário da oferta de serviços. Assim, o usuário que poderia comparecer na unidade após às 18 horas para uma consulta, por exemplo, fica restrito aos horários ofertados pois, embora a unidade esteja aberta até às 19 horas, o horário em que se concentram as atividades, especialmente do profissional médico, é até as 17 horas. Além disso, ressalta-se que apesar de o município contar com uma unidade aberta 24 horas, a atenção básica realizada nesse serviço ocorre no mesmo período das demais UBS, ou seja, das 7 às 19 horas de segunda à sexta-feira. Assim, os usuários não têm opção de serviço de atenção básica nos finais de semana e durante a semana ficam limitados aos horários comerciais para o atendimento, fato que supostamente influenciou o indivíduo a ter que deixar de trabalhar para ir ao serviço de saúde conforme verificado no presente estudo.

Alguns aspectos da oferta restrita de outros municípios foram verificados na recepção das unidades de saúde por Lima e Assis (2010). Esses pesquisadores observaram a presença de cartazes informativos com o número de vagas por ordem de chegada, por dia de atendimento, a determinado grupo populacional e presença ou ausência do profissional (LIMA; ASSIS, 2010). Este fato sugere que os serviços ofertados são focalizados e seletivos para responder a uma parcela da comunidade e a uma determinada queixa (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013) de modo que a oferta parece nem sempre condizer com as necessidades da população (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

A oferta em horários restritos, supostamente pelo fato de os indivíduos deixarem de trabalhar para ir ao serviço de saúde e o baixo percentual observado de visitas domiciliares realizadas pelos ACS, sugerem, conforme destacam Lima e colaboradores (2015), escassez dos serviços oferecidos, com oferta limitada de equipes saúde da família, de médicos e outros profissionais da atenção primária. No Brasil, em 2015, verificou-se que dentre os 73,1% dos médicos que trabalham no setor público, mais da metade (51,5%) trabalhavam em hospitais, somente 23,5% ocupavam os serviços de atenção primária e menos de 5% atuavam na atenção secundária e especializada do SUS

(SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015). Pesquisadores espanhóis que participaram de um projeto brasileiro apoiado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade observaram em ambientes e populações com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e em UBS docentes urbanas e periurbanas de 19 estados brasileiros que a falta de médicos da família qualificados para cobrir todos os postos de saúde e, em geral a falta de médicos estão entre as maiores carências da ESF (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Assim, nessa prática, em que a oferta de serviços é limitada e os serviços são de baixa resolubilidade (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013) surgem os problemas tradicionais que acabam gerando longo tempo de espera, dificuldades na obtenção e agendamento de consulta evidenciados por esse e por outros estudos (CAMPOS et al., 2014; CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; LIMA et al., 2015; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; MENDES et al., 2012; SANTIAGO et al., 2013).

Os resultados do presente estudo evidenciaram que esse problema organizacional também está presente nos serviços de convênio/particular uma vez que esse indicador foi considerado *regular* e obteve pior desempenho quando comparado aos demais desse serviço. Assim como verificado nas UBS os consultórios privados também possuem, em geral, horários restritos de funcionamento de modo que estão abertos em horário comercial – 08:00 às 18:00 horas - de segunda à sexta feira. Porém, o estabelecimento do horário de funcionamento e a organização interna do consultório privado é direito do médico e esse pode estabelecer horários alternativos e informar ao convênio e repassar aos seus credenciados. Apesar de o indivíduo não ter descontos no salário por faltar ao trabalho por motivo de consulta médica, segundo a lei 605/49 (BRASIL, 1949), deve-se considerar que essas faltas atingem diretamente o ambiente de trabalho, a produtividade e o lucro da organização podendo repercutir negativamente na manutenção do emprego.

Apesar de o escore desse indicador se apresentar *excelente* para os serviços especializados do SUS, ressalta-se que esse grupo foi composto por apenas quatro indivíduos. Tendo em vista que esse número dificulta a análise, sugere-se a realização de outros estudos para compreender melhor a influência do turno de funcionamento dos serviços especializados do SUS nos trabalhadores que têm esse serviço como referência.

5.3 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO – FONTE REGULAR DE CUIDADO

Os resultados evidenciam que a maioria dos indivíduos tem um médico de referência para o acompanhamento da saúde, sendo mais frequente entre aqueles que não têm plano de saúde, o que revela a existência de uma fonte regular de cuidados por esses indivíduos. Estudos indicam que a existência de uma fonte regular de cuidados faz com que o indivíduo realize mais consultas e cuidados preventivos (BASTOS et al., 2011; DEVOE et al., 2003). Além disso, a relação com um médico específico facilita o reconhecimento de problemas pelo profissional e fortalece o senso de confiança no médico, que é adquirido ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

O fato de a minoria dos indivíduos que têm médico de referência serem filiados a plano de saúde sugere que a dinâmica de atenção à saúde praticada pelos planos e seguros de saúde não favorece a obtenção de um médico como fonte regular de cuidados. No Brasil, o sistema público, tido como universal, convive com um considerável mercado privado de planos e seguros de saúde com predomínio da atenção especializada e fragmentada. A atenção especializada apesar de oferecer o cuidado mais apropriada para as enfermidades específicas, dificilmente produz uma atenção básica altamente efetiva de modo a integrar a atenção para a variedade de problemas de saúde que os indivíduos apresentam com o tempo (STARFIELD, 2002). Desse modo, os indivíduos afiliados a plano de saúde ficam desprovidos de um médico de referência para o acompanhamento da saúde pelo fato de terem um especialista para cada problema de saúde.

Quanto ao tipo de médico, os dados desse estudo revelam que o médico da UBS foi o mais citado como referência entre os indivíduos, predominantemente pelas mulheres, idosos (60 anos ou mais), pelos que possuem baixa escolaridade, que pertencem à classe econômica C, que não trabalham e que fazem o uso de medicamento contínuo. Foi ainda considerado como referência pela maioria dos entrevistados que não possui plano de saúde (64,1%) e por 24,5% dos indivíduos que possuem plano o que revela a utilização desse profissional como fonte regular de cuidados e por consequência o estabelecimento de vínculo com essa parcela da população.

Estudos mostram que a ESF e a UBS têm sido fonte regular de atenção ao longo do tempo (IBAÑEZ et al., 2006; MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003; VIACAVA, 2010) e as equipes do PSF e da ESF têm apresentado vínculo mais forte

com seus usuários (MACINKO; ALMEIDA; OLIVEIRA, 2003; MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013; VAN STRALEN et al., 2008) provavelmente pelos investimentos realizados nesse modelo de atenção com vistas à expansão e consolidação da estratégia e das políticas para institucionalização do monitoramento e avaliação desses serviços (PAULA et al., 2016). O fato de o usuário ter uma unidade próxima da sua casa, de fácil acesso e diversidade de serviços, pode facilitar o estabelecimento de vínculo (PEREIRA et al., 2011).

O perfil da população que considera o médico da UBS como referência corrobora a ideia exposta por Travassos e Castro (2012) de que o padrão de utilização por tipo de serviço é desigual, sendo que as pessoas mais pobres usam mais os postos e centros de saúde e menos consultórios privados. Essa desigualdade também é percebida entre os sexos e faixa etária de modo que há predomínio das mulheres e dos idosos o que sugere, por um lado, a presença de práticas equitativas nas UBS de modo a contemplar os indivíduos mais vulneráveis. Por outro lado, parece haver dificuldade em ter um médico de referência para o cuidado e em captar toda população que deveria estar recebendo atendimento na unidade, pois além das desigualdades percebidas somente 489 (55,2%) indivíduos têm médico de referência e apenas 26,4% dos entrevistados consideraram o médico da UBS como referência.

A baixa prevalência de fonte regular de cuidado aponta para problemas na organização dos serviços de saúde no sentido de estreitar o vínculo, proporcionar o acompanhamento dos indivíduos (LIMA-COSTA; TURCI; MACINKO, 2013) e ampliar o acesso aos serviços (PAULA et al., 2016). O acolhimento, entendido como o modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços com uma postura ética é uma ferramenta capaz de qualificar a construção do vínculo, da relação de confiança, do compromisso dos usuários com o serviço e garantir o acesso com responsabilização e resolubilidade nos serviços (BRASIL, 2010b). É um aspecto que deve ser considerado no processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade uma vez que opera como um dispositivo nos momentos em que acontece a recepção do usuário nos serviços de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Práticas acolhedoras se constituem num dos pontos fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de

atenção à saúde (BRASIL, 2012a) e contribuição com a redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013; GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003; SANTOS et al., 2016). Pesquisadores que objetivaram conhecer as necessidades de saúde e os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem em Cuité-PB evidenciaram nas falas dos entrevistados que o acolhimento e a comunicação são estratégias que contribuem na procura pelos serviços de atenção básica (CAVALCANTI et al., 2014). Assim, essa atitude deve ser realizada por toda equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado, envolvendo carinho, atenção e respeito com o objetivo de defender a vida das pessoas (MASSON et al., 2015).

Entretanto, o fato de alguns indivíduos utilizarem o médico da UBS, mas não o considerarem como referência conforme observado no presente estudo, sugere que essa prática acolhedora ainda não faz parte do dia-a-dia dos trabalhadores de saúde - um dos protagonistas do processo de trabalho. Dificuldade que supostamente ocorre pela incorporação do modelo hegemônico de atenção à saúde (médico centrado), despreparo dos profissionais (BECK; MINUZI, 2008; SANTOS; SANTOS, 2011) e pela vivência de uma prática de trabalho mecanizado com desgaste psíquico, físico e emocional (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007; TONINI et al., 2016). Entre os principais desafios da ESF está a implementação de estratégias de qualificação e a formação profissional de acordo com o modelo de atenção centrado na APS (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016; MENDONÇA et al., 2010) na medida em que se trata de alterar as formas de educação já consolidadas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) e a mentalidade dos profissionais de saúde acerca do SUS (ERDMANN et al., 2009). Ações direcionadas aos trabalhadores de saúde que consideram os fatores subjetivos do sujeito e o contexto em que esses estão inseridos podem ser uma alternativa para a inclusão do acolhimento nas ações (MARTINS; ALBUQUERQUE, 2007) de modo que se efetive de fato nas práticas diárias e seja considerado como um instrumento de trabalho (BECK; MINUZI, 2008; MACHADO et al., 2016).

A oferta e a disponibilidade de médicos são outros fatores que podem estar interferindo no acesso e por consequência no estabelecimento de uma fonte regular de cuidado e no vínculo longitudinal dos entrevistados que não têm médico para o

acompanhamento da saúde. Apesar de a pesquisa ter sido realizada em um município situado no Paraná, um dos estados brasileiros que está entre os que possuem as maiores concentrações de médico (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015), no município estudado, em 2016, apenas 35 médicos atuavam na atenção primária para atender uma população de 113.822 habitantes, segundo dados oficiais do município (CAMBÉ, 2016a). O Brasil tem proporção de médico por 1000 habitantes abaixo da média dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (3,2 médicos por 1.000 habitantes), sendo em 2015 o oitavo país com a menor taxa de médicos por 1000 habitantes – 2,1 médicos - dentre quarenta países comparados no estudo (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015).

Além disso, o crescimento na oferta de médicos na atenção primária – setor público - é menor do que no setor privado, fato que predispõe a uma desigualdade público-privada cada vez maior para a prática médica no Brasil. A população atendida pela assistência médica suplementar tem aproximadamente três vezes mais médicos à sua disposição que a população atendida pela rede pública, supostamente devido aos fatores mais relevantes para fixação do médico como salário/remuneração, condição de trabalho, qualidade de vida e ambiente seguro/sem violência (SCHEFFER; BIANCARELLI; CASSENOTE, 2015). No ponto de vista dos gestores e profissionais da ESF de grandes centros urbanos a carga horária e a influência da prática liberal da medicina, além das baixas remunerações, também se constituem em fatores que dificultam a atração e retenção dos profissionais médicos na atenção básica (MENDONÇA et al., 2010). Ademais, esse cenário é influenciado pelo contexto coletivo uma vez que o médico da equipe de saúde da família não é socialmente valorizado entre seus pares cuja valorização é medida pelo uso de tecnologias cada vez mais avançadas (VAN STRALEN et al., 2008).

Esses supostos fatores que dificultam a utilização de serviços como ausência acolhimento, de acesso e reduzido número de médicos atuantes na atenção primária podem explicar o fato de aproximadamente 38,0% dos indivíduos não terem médico para o acompanhamento da saúde e a utilização do plantonista do hospital/UPA como referência para o acompanhamento da saúde de alguns entrevistados. Vale ressaltar que ainda que esses indivíduos tenham garantia de atendimento nesses serviços de pronto atendimento, o modelo assistencial da UPA responde apenas a casos agudos ou

episódios de agudização de agravos crônicos sem possibilitar seguimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Assim, supõe-se que a utilização do plantonista como referência corresponde ao médico que está atuando no dia em que o indivíduo compareceu ao serviço de urgência/emergência e não a um profissional específico que tem vínculo com o usuário. Essa situação é preocupante, pois os profissionais dos serviços de pronto atendimento não atendem aos atributos da APS como a criação de vínculos e acompanhamento longitudinal.

5.4 LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO – RELAÇÃO INTERPESSOAL

5.4.1 Conhecimento médico sobre o indivíduo

Os achados obtidos nos resultados dos indicadores desse critério indicam que os médicos que são referência para o cuidado da saúde conhecem aspectos humanos do indivíduo de modo que vão além da doença. O fato de o médico conhecer o emprego/trabalho do indivíduo – indicador que apresentou melhor desempenho no médico do convênio/particular - e saber sobre quais problemas são importantes para a pessoa (desempenho *excelente* no médico do convênio/particular e *satisfatório* na avaliação do serviço público) sugerem o cuidado às pessoas de maneira integral. Nesse sentido, corrobora a ideia de que o cuidar é prestar atenção global e continuada ao indivíduo de modo que o profissional de saúde não se preocupa apenas com o tratar a doença ou aliviar os sinais e sintomas (ZOBOLI, 2007). Pesquisadores que realizaram entrevistas com estudantes do último ano de medicina de escolas médicas de três países diferentes observaram que os alunos percebem que quanto mais conhecem as famílias mais fácil é ter uma boa relação médico paciente (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013). A prática clínica no ambiente da APS exige abordagens diagnósticas e terapêuticas mais abrangentes que a fisiopatologia de modo que o médico deve interagir o conhecimento teórico sobre os processos de adoecimento e o conhecimento sobre a vida do paciente (FERNANDES, 1993).

Nessa perspectiva, percebe-se a presença e a importância da integralidade no sentido de ouvir o usuário, entender o contexto social em que está inserido e atender às demandas e necessidades do indivíduo (PINHEIRO, 2009). O cuidado integral tem sido valorizado como uma prática de reorientação do modelo de atenção à saúde que incorpora o conceito positivo da saúde e desloca o olhar centrado na doença (ASSIS et al., 2010).

Essa prática integral caracterizada pelo conhecimento médico sobre aspectos pessoais do indivíduo pode ser advinda do atendimento realizado pelo mesmo médico uma vez que esse indicador se apresentou *excelente e satisfatório* para os médicos do convênio/particular e do serviço público, respectivamente. Pesquisadores que realizaram estudo com usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre – RS evidenciaram que as pessoas se sentem à vontade em serem acompanhadas pelo mesmo profissional pois esse já conhece a sua história de modo que a escolha do tratamento é mais acertada e a resolução das queixas é mais rápida (GHIGGI; SILVA BARRETO; FAJARDO, 2014). Além disso, esses pesquisadores observaram que os usuários não se sentem à vontade quando consultam diferentes profissionais.

Entretanto, o pior resultado obtido pelo indicador “médico sabe a respeito de problemas em obter ou pagar por medicamentos” seja entre os médicos da rede pública ou privada sugere que alguns profissionais não consideram aspectos econômicos dos sujeitos e que ainda há fragilidades no cuidado integral do profissional médico. Fatores econômicos interferem diretamente na continuidade do tratamento do indivíduo, uma vez que motivos financeiros estão entre as principais barreiras de subutilização de medicamento por idosos, sendo menos prevalente entre os indivíduos cobertos pela medicina suplementar quando comparados àqueles que não são cobertos (LUZ; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2009). Além de afetar os idosos, outra pesquisa aponta que esse fator está relacionado com a aquisição de medicamentos por pessoas com hipertensão pertencentes à classe econômicas menos favorecidas de João Pessoa – PB (VERAS; OLIVEIRA, 2009). Diante disso, gestores e profissionais da ESF de grandes centros urbanos chamam atenção para a necessidade de aperfeiçoamento das habilidades e competências para lidar com o amplo contingente de problemas de saúde e as diversidades socioculturais das comunidades (MENDONÇA et al., 2010). Pesquisadores observaram na fala dos usuários de unidades básicas de um município de São Paulo que os profissionais que atuam na atenção primária acreditam no modelo centrado na doença e na tecnologia dura, o que limita as possibilidades de avançar na perspectiva do uso da tecnologia leve pautado na escuta ampliada, no vínculo e responsabilização como condição essencial para os avanços no atendimento das necessidades de saúde (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Estudo realizado por Barbosa, Elizeu e Penna (2013) revela que a maioria dos profissionais que atuam na APS possui especialização em outras áreas o que sugere pouco acúmulo

teórico e filosófico em relação aos conteúdos necessários ao desenvolvimento e ao incremento do processo de trabalho em APS. Acresce-se, ainda, certo despreparo para lidar com as dinâmicas do cotidiano do serviço e com as reais necessidades da comunidade (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013).

Assim, concorda-se com Mendonça e colaboradores (2010) quando enfatizam que há necessidade de uma formação alinhada com os princípios da ESF para o comprometimento dos profissionais, sobretudo médicos, com o modelo de APS implantado. Esses pesquisadores destacam que o desenvolvimento de cursos de especialização em Saúde da Família pela própria secretaria municipal de saúde em parceria com instituições acadêmicas é uma estratégia que tem permitido a qualificação em serviço e facilitado a adequação do perfil dos profissionais para ESF nos municípios de Belo Horizonte e Vitória. Em Belo Horizonte estratégias de educação permanente e desenvolvimento profissional contínuo com uso de tecnologias de informação e comunicação, como telessaúde, têm facilitado a qualificação dos profissionais para o exercício de suas funções, o uso de diretrizes assistenciais e contribuído na melhora da resolutividade da atenção básica.

A escolha criteriosa do perfil dos profissionais, tanto para a inserção de novos quanto para qualificação daqueles que já estão inseridos no serviço, é outro ponto que precisa ser repensado para que haja mudança do modelo curativista hegemônico (BARBOSA; ELIZEU; PENNA, 2013). O ex diretor de titulação e certificação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC enfatiza que o pré-requisito do título de especialista em medicina de família e comunidade necessário para inscrição em concursos ou seleções públicas, adotado por alguns municípios do país, é exemplo de uma ação que pode qualificar a APS, aumentar a resolutividade e ajudar a reorganizar os sistemas de saúde (FALK, 2017). Essa prática, além de adequar o perfil profissional dos médicos à ESF pode motivá-los a permanecerem nesta área de modo a constituir em um indicador de adesão desses profissionais à ESF (MENDONÇA et al., 2010).

Entretanto, vale ressaltar que o aspecto econômico muitas vezes não é valorizado pelo médico devido à oferta de medicamentos que o município disponibiliza ao indivíduo de modo que o profissional prescreve o medicamento que é fornecido gratuitamente. Segundo o Relatório de Gestão da Saúde de Cambé a Assistência

Farmacêutica do município está organizada em quatro setores – Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Municipal, Farmácia das UBS e Serviço de Assistência Especializada e conta com uma Relação Municipal de Medicamentos atualizada constantemente de acordo com a lista do Componente Básico da Assistência Farmacêutica da Relação Nacional de Medicamento (RENAME) e com a demanda epidemiológica municipal (CAMBÉ, 2016b).

Quanto à análise de associação o fato de, na análise bruta, a proporção do conhecimento médico sobre o histórico familiar se apresentar significativamente maior entre os indivíduos com 60 anos ou mais quando comparado aos da faixa etária de 44 a 59 anos pode estar sugerindo qualidade no atendimento à essa parcela da população. Essa abordagem é esperada uma vez que no cuidado às pessoas idosas há grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dessa parcela da população (BRASIL, 2010c). Ao atender o paciente idoso o médico é estimulado a pensar em sua inteireza, como um ser biopsicossocial (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010). Os resultados obtidos por meio da análise bruta também podem estar indicando que há atenção integral para os indivíduos que referiram diabetes uma vez que se observou associação entre o conhecimento médico sobre os problemas importantes para o indivíduo com essa parcela da população. Essa atenção é prevista pois o conhecimento sobre aspectos relevantes da história do indivíduo é fundamental para a prevenção de complicações e manutenção da qualidade de vida da pessoa com diabetes (BRASIL, 2013a).

Após análise ajustada, nenhum fator permaneceu associado aos indicadores do critério conhecimento médico sobre o indivíduo. Porém, apesar disso, verificou-se que os fatores uso de medicamento contínuo e hipertensão arterial autorreferida apresentaram maior proporção de resposta positiva em todos os indicadores relacionados ao conhecimento médico sobre o indivíduo, o que pode sugerir alguma tendência. Essa relação é esperada pelo fato de o uso de medicamento contínuo e hipertensão arterial serem condições que exigem maior atenção por parte do profissional médico. O conhecimento de aspectos pessoais do indivíduo com hipertensão arterial favorece o cuidado de modo que contribui no diagnóstico, na identificação de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares e na decisão terapêutica (BRASIL, 2013b). No âmbito dos usuários de medicamento contínuo, esse conhecimento contribui

com a escolha do medicamento a ser prescrito e com a qualidade da assistência. Assim, supõe-se que a ausência de associação pode ter decorrido da inclusão apenas de indivíduos que consideraram o médico da UBS como referência para o cuidado – fonte regular de cuidados, fato que pode ter reduzido o poder de teste.

5.4.2 Comunicação interpessoal

O resultado satisfatório obtido pelo índice composto da relação interpessoal entre o profissional médico da UBS e o indivíduo que o considera como referência para o acompanhamento da saúde revela a presença de vínculo na relação do indivíduo com o médico que acompanha sua saúde. O médico responder de maneira que o indivíduo entende, a pessoa ter tempo para falar e se sentir à vontade contando as preocupações e problemas ao médico são indicadores que obtiveram escores elevados no presente estudo e que expressam fortes laços interpessoais entre o médico e os usuários da atenção primária, dos serviços especializados do SUS e do convênio/particular. Pesquisas realizadas em municípios brasileiros observam que a longitudinalidade está entre os atributos da APS que apresentaram melhor desempenho (HARZHEIM et al., 2016; IBAÑEZ et al., 2006; PEREIRA et al., 2011) e que influencia fortemente a obtenção da qualidade (HARZHEIM et al., 2016).

O desempenho *satisfatório* e *excelente* obtido por esses indicadores nos três profissionais analisados também indica que há sucesso na comunicação entre o profissional e o indivíduo uma vez que o médico responde com clareza, dá tempo para o indivíduo falar e deixa-o à vontade. A comunicação interpessoal faz parte do processo de humanização da prática médica e constitui um fator fundamental no relacionamento entre médico e paciente de modo que repercute na qualidade do serviço prestado e na própria relação terapêutica (NASSAR, 2005). Estudo realizado com idosos em um município do estado de São Paulo verificou que a comunicação na atenção básica de saúde foi considerada como um quesito muito importante por 99,4% dos entrevistados (LIMA et al., 2014). Pesquisadores observaram que usuários do PSF do município de Teixeira - MG valorizam características no cuidado recebido como a escuta, diálogo, atenção e respeito (COTTA et al., 2005). Tendo em vista os benefícios da comunicação clínica adequada, o ensino de práticas humanizadas com o aperfeiçoamento da comunicação está sendo valorizado nas escolas médicas. No Brasil, desde 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina orientam que a formação

médica deve dotar o profissional de conhecimentos requeridos para o exercício da comunicação adequada com o paciente (BRASIL, 2001).

Além das características dos profissionais, o ambiente em que ocorre a interação médico paciente pode favorecer a qualidade da comunicação interpessoal. Baseados nas experiências de estudantes do último ano de medicina de três escolas médicas em países distintos, pesquisadores perceberam diferenças entre a comunicação médico paciente no ambiente hospitalar e na APS (DOHMS; TESSER; GROSSEMAN, 2013). Segundo os estudantes, o ambiente da APS favorece a relação e por consequência a comunicação com o indivíduo uma vez que se acompanha a pessoa por longo tempo. Já no hospital, os atendimentos são mais breves e pontuais, não propiciando maior aproximação com os pacientes.

O fato de o indicador “poder telefonar e falar com o médico em caso de dúvida” ter apresentado o pior escore quando comparado aos demais indicadores do critério comunicação interpessoal, tanto na avaliação dos médicos do SUS quanto dos médicos do convênio/particular, sugere fragilidade nesse meio de comunicação e restrição na relação médico/indivíduo na consulta clínica. A importância crescente da comunicação pode ser observada no acelerado desenvolvimento de tecnologias de informação e comunicação (CARDOSO, 2006; TIGRE; NICOLL, 2010). O uso do telefone e de outras tecnologias de comunicação não presenciais são ferramentas que podem contribuir no suporte ao indivíduo nos momentos de dúvida e por consequência na continuidade do tratamento (TORRES et al., 2013). Nesse sentido, a comunicação interativa em saúde, proposta por alguns autores, pode ser utilizada para expandir a comunicação entre os profissionais de saúde e o usuário, o que abrange a busca de informações em saúde na internet, a participação em bate papos virtuais e de grupos de apoio e o envio de e-mails para provedores de serviços de saúde (SOARES, 2004). Além do esclarecimento de dúvidas, a comunicação interativa pode ser útil para fornecer informações individualizadas, habilitar a tomada de decisão informada, promover comportamentos saudáveis e promover o autocuidado (SOARES, 2004).

O uso do telefone para esclarecimento de dúvidas e orientações médicas já está sendo oferecido para clientes de planos de saúde. O Sistema Prever disponibiliza para seus associados e beneficiários o serviço de orientação médica por telefone de modo que as pessoas recebem auxílio de um médico sobre várias situações e procedimentos

relacionados à saúde (SISTEMA PREVER, 2016). Nesse serviço o associado liga para o número fornecido e passa por uma breve triagem, após esse procedimento a solicitação é encaminhada para um médico que retorna à ligação em até 30 minutos. A Unimed de alguns municípios também possui o serviço Alô Doutor para o aconselhamento médico por telefone a seus clientes (UNIMED, 2017). No respectivo serviço, além de esclarecer dúvidas 24 horas por dia, todos os dias da semana, os médicos fazem a indicação de qual conduta é mais adequada para cada caso. Entretanto, apesar desse meio de comunicação apresentar resultados positivos como o encaminhamento de indivíduos para consultórios médicos ao invés de pronto atendimento e a solução de alguns casos somente pelo contato telefônico, o gestor de promoção da saúde da Unimed de Londrina –PR enfatiza que a utilização por parte do cliente ainda é baixa (UNIMED, 2015).

Uma experiência realizada em Centro de Saúde de Florianópolis - SC mostrou que a inserção de tecnologias de comunicação na APS é viável e constitui uma opção para melhorar a qualidade da atenção ao usuário (POLI NETO et al., 2015). Nesse estudo pesquisadores experimentaram o uso do correio eletrônico para comunicação entre uma equipe de saúde da família e a população vinculada e verificaram benefícios como a não restrição da interação ao encontro presencial, a diminuição de tempo de resposta ao paciente, a facilidade na apresentação de exames ou dúvidas e a possibilidade de informações e orientações de saúde. O médico e a enfermeira da equipe acessavam durante todo o período de trabalho a conta de e-mail, criada e divulgada para a população, e respondiam nos intervalos entre as consultas ou no final do período da manhã e da tarde. Após 25 meses de implantação do e-mail os autores do estudo perceberam que esse meio de comunicação foi utilizado para diversas finalidades como no agendamento de consultas, na obtenção de informação em saúde e sobre os serviços - atividades realizadas no centro de saúde, andamento de exames e encaminhamentos. Entretanto, os pesquisadores enfatizam que para a viabilização do uso de novas tecnologias de comunicação o Centro de Saúde de Florianópolis passou por um processo de reorganização do processo de trabalho e após esse movimento cada uma das equipes passou a ter dois consultórios, um para o médico e outro para o enfermeiro e duas equipes passaram a utilizar o telefone para o agendamento de consultas nas primeiras duas horas da manhã e da tarde. Além disso, o centro de saúde é informatizado, tem prontuário eletrônico e acesso à internet.

Entretanto, vale ressaltar que o uso de tecnologias de informação e comunicação na orientação médica é destinado a auxiliar em dúvidas como resultados de exames, gestação, medicamentos, doenças crônicas e que não substituem a consulta médica. Ademais o Código de Ética Médica promulgado pela resolução n° 1.246 do Conselho Federal de Medicina – CFM e substituído pela versão contemplada na Resolução CFM n° 1931/2009 veda ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência e impossibilidade comprovada de realiza-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento (CFM, 2009).

Quanto à análise de fatores associados aos indicadores do critério comunicação interpessoal verificou-se que após análise ajustada nenhum fator permaneceu associado às características da população. Entretanto, observou-se maior proporção de resposta positiva em todos os indicadores do critério entre os idosos (60 anos ou mais) quando comparado aos indivíduos na faixa etária de 44 a 59 anos. Essa atenção a esse grupo populacional é esperada uma vez que na prática de cuidados às pessoas idosas deve-se levar em conta as diferenças de padrões comunicacionais que podem surgir nessa relação. O médico deve ter a sensibilidade de escolher o melhor momento e as palavras adequadas para fornecer as devidas explicações de maneira compreensível ao idoso (VIANNA; VIANNA; BEZERRA, 2010). Assim, supõe-se que a ausência de associação pode ter decorrido da inclusão apenas de indivíduos que consideraram o médico da UBS como referência para o cuidado – fonte regular de cuidados, fato que pode ter reduzido o poder de teste.

Vale ressaltar que apesar de o PCATool ser um instrumento proposto para avaliar a orientação para APS e estar validado para aplicação na população brasileira, a pesquisadora do presente estudo encontrou dificuldades em aplicar a primeira parte do instrumento – Grau de afiliação e outras questões das dimensões acesso e longitudinalidade num contexto de um estudo de base populacional em que contém pessoas que não possuem plano de saúde e outras que possuem distintos planos. O bloco sobre o “Grau de afiliação” faz referência ao profissional médico e enfermeiro, fato que dificultou a aplicação e resultou na adaptação das questões, pois além de não contemplar todos os tipos de profissionais integrantes da equipe saúde da família não condiz com a estrutura da maioria dos serviços privados/convênios – consultórios, uma

vez que normalmente o enfermeiro não faz parte desses serviços. Assim, destaca-se a necessidade de ampliar o conteúdo dos instrumentos de avaliação dos atributos da APS nos serviços públicos e nos privados de modo a obter informações que contribuam na melhoria da qualidade dos serviços, pois o presente estudo reforça a importância de ampliar a análise para toda população, uma vez que há utilização de várias fontes regulares de cuidado.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo central avaliar a acessibilidade aos serviços de atenção primária e a longitudinalidade do cuidado a partir da análise de dados relativos a uma população de um estudo de base populacional, em serviços de APS de um município de médio porte. Assim sendo, os resultados referem-se a indivíduos residentes no mesmo município há pelo menos quatro anos. Este aspecto apresenta-se como primordial uma vez que o tempo de moradia em determinada área pode influenciar na acessibilidade e no estabelecimento de vínculo longitudinal.

A UBS é considerada pela maioria dos indivíduos como o serviço de primeiro contato para problemas de saúde não urgentes, sendo utilizada tanto por aqueles que não possuem plano de saúde – predominantemente – quanto por grande parte dos que possuem. Além da UBS, outros tipos de serviços foram citados como referência no primeiro contato para problemas de saúde não urgentes como hospital, UPA e farmácia.

A acessibilidade organizacional da UBS não alcançou níveis satisfatórios de qualidade em nenhum dos indicadores, sendo os piores aspectos os relacionados ao aconselhamento pelo telefone, deixar de trabalhar para ir ao serviço de saúde (entre os que trabalham) e conseguir uma consulta. Quando comparada aos demais serviços – consultório particular/convênio e serviço especializado do SUS – apresentou resultados inferiores em todos os indicadores analisados.

Grande parte dos indivíduos não possui médico de referência para o acompanhamento da saúde – fonte regular de cuidados. O médico da UBS foi o tipo de médico mais citado pelos indivíduos como médico de referência. Além de ser o mais citado entre os indivíduos que não possuem plano, esse médico foi referência mesmo para uma parcela dos que possuem plano de saúde. Ainda que a análise da longitudinalidade restringiu-se ao profissional médico, pode-se inferir que esta relação reflete em certa medida o vínculo com o serviço/UBS.

Os indicadores de longitudinalidade referentes à dimensão relação interpessoal obtiveram resultados satisfatórios em sua maioria - tanto na UBS quanto nos demais serviços avaliados. O indicador sobre telefonar e falar com o médico foi o que apresentou pior desempenho dentre os indicadores de longitudinalidade do médico da UBS. Quanto aos especialistas do SUS e convênio/particular esse indicador também se

mostrou o mais desfavorável, porém em níveis superiores ao do médico da UBS. Os indicadores de longitudinalidade apresentaram melhor desempenho que os de acessibilidade. Todavia, há que se ponderar que a população analisada na dimensão longitudinalidade - relação interpessoal está restrita aos que disseram ter médico de referência.

Considerando que a avaliação é decorrente das informações produzidas no cotidiano da atenção e que essas auxiliam nos processos de transformação das práticas de saúde, os resultados do presente estudo mostraram que as UBS do município estudado são muito utilizadas tanto para atendimento das pessoas mais desfavorecidas quanto para complementar a cobertura do plano de saúde dos indivíduos. Nesse serviço os médicos possuem vínculo e uma estreita relação interpessoal com os indivíduos que os consideram como referência para o acompanhamento da saúde, relação que reflete a qualidade do atendimento realizado, uma vez que os indivíduos se sentem à vontade com o médico, entendem o que o profissional fala e têm tempo para falar sobre suas preocupações.

Entretanto, apesar de os indivíduos conseguirem utilizar a UBS e alguns possuírem vínculo com o médico da atenção básica, a maioria dos indicadores não alcançou níveis satisfatórios de orientação para APS, sendo a acessibilidade e a longitudinalidade – fonte regular de cuidados os aspectos mais críticos entre os analisados. Identifica-se a necessidade de se realizar mudanças profundas nas unidades de saúde, de modo a ampliar o acesso aos serviços de saúde e estreitar o vínculo com o usuário. A acessibilidade é enfraquecida por barreiras organizacionais como indicaram as barreiras relacionadas ao uso do telefone, ao agendamento e obtenção de consultas. Já quanto a fonte regular de cuidados, o fato de parte dos indivíduos não contar com um médico de referência para o acompanhamento da saúde também aponta fragilidades.

Haja vista que um sistema com bom desempenho na longitudinalidade terá reflexos positivos na procura dos serviços como porta de entrada, no vínculo, na integralidade e na credibilidade da APS identifica-se a necessidade de expandir a cobertura, estreitar o vínculo e implementar alterações no modelo de atenção, no sentido de superar as práticas do modelo hegemônico. Com base nos resultados do estudo, ações que contemplem estratégias de qualificação dos profissionais de acordo com o modelo de atenção centrado na APS, a revisão do horário de funcionamento das

unidades e criação de uma central de confirmação de agendamento podem contribuir no processo de qualificação do serviço. Além disso, sugere-se de forma mais abrangente a implementação de outras práticas que fortaleçam a continuidade do cuidado como o uso de tecnologias de informação e a comunicação de acesso não presencial, meios que promovam o acolhimento à demanda espontânea e programática e ampliação da oferta de serviços e recursos para atender as necessidades da população.

Este trabalho tem vantagens e limitações. O fato de a população de estudo ser composta por participantes de um estudo de seguimento de base populacional é uma vantagem, uma vez que possibilita analisar questões que são influenciadas por tempo de moradia em determinada área, como a longitudinalidade e o estabelecimento de vínculo. Esse delineamento permitiu dimensionar a orientação à APS dos serviços de saúde. A proposta de avaliar tanto os serviços públicos de atenção primária, especializados e privados possibilitou comparar esses serviços.

Entre as limitações do estudo está o fato de a avaliação das barreiras organizacionais ter sido realizada somente pelos indivíduos que referiram possuir um serviço no primeiro contato para situação de saúde não urgente o que impossibilitou conhecer problemas de acesso daqueles que não possuem serviço de referência. Outra limitação é o reduzido número de indivíduos que citaram médico de referência e a existência da fonte regular de cuidado médico, pois impossibilitaram a análise da atuação de outros profissionais, como os das equipes saúde da família e dos núcleos de apoio de saúde da família.

A pesquisa revelou desafios a serem superados para melhorar a acessibilidade organizacional aos serviços de APS, para promover atendimento e a satisfação das necessidades de saúde dos usuários. Assim sendo, reafirma-se a importância de políticas que visem o fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS, a partir da instituição dos serviços de atenção primária centrados nos atributos da APS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-20, 1974.

ALBIERI, F. A. O. et al. Agilidade no acesso do cidadão a partir da gestão da fila de espera da Atenção Especializada Ambulatorial em busca da melhoria da eficácia da Rede de Atenção à Saúde. **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo**, São Paulo, [s.v., s.n.], jan. 2015.

ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 182-94, out. 2014.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Ministério da Saúde. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 215 p.

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

AMORIM, A. C. C. L. Á. et al. Practices of the family health team: advisors of the access to the health services? **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1077-86, out.-dez. 2014.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. **Milbank memorial fund quarterly health and society**, New York, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

AOKI, T.; INOUE, M.; NAKAYAMA, T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. **Family Practice**, v. 33, n. 1, p. 112-7, 2016.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-510, maio 2016.

ARAÚJO, L. U. A. D. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-32, ago 2014.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. D. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 62-8, jan.-mar. 2014.

ASSIS, M. M. A. Os objetos e a construção teórico-metodológica. In: ASSIS, M. M. A. ; ALMEIDA, M. V. G. (Ed.). **Acesso aos serviços e tecnologias no sistema único de saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p.25-42.

ASSIS, M. M. A. et al. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 189-99, jul. – dez. 2007.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-75, nov. 2012.

_____. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. In: ASSIS, M. M. A. ; ALMEIDA, M. V. G. (Ed.). **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014. p.43-75.

ASSIS, M. M. A. et al. Produção do cuidado no programa saúde da família de um município da região nordeste da Bahia: encontros e desencontros. In: ASSIS, M. M. A. et al. (Ed.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. cap. 2, p.39-58.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. D. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-23, 2003.

AZEVEDO, A. L. M. D.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out. – dez. 2010.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.427-58.

BARBIANI, R. et al. A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 855-68, 2014.

BARBOSA, S. D. P.; ELIZEU, T. S.; PENNA, C. M. M. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-57, ago. 2013.

BASTOS, G. A. N. et al. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-84, jun. 2011.

BECK, C. L. C.; MINUZI, D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. **Saúde, Santa Maria**, Santa Maria, v. 34a, n. 1-2, p. 37-43, 2008.

BRASIL. Lei nº 605, de 5 de Janeiro de 1949. Repouso semanal remunerado e o pagamento de salário nos dias feriados civis e religiosos. **Diário Oficial da União**, Brasília, D.F.. 5 jan. 1949.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p. 325.

_____. Resolução CNE/CES nº4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Câmara de Educação Superior/Conselho Nacional de Educação**, Brasília, D.F., 7 nov. 2001.

_____. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 140 p.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v.12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 44 p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, D.F., 28 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 290 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2013c. Disponível em: < <http://www.pns.icict.fiocruz.br/> >. Acesso em: 13 jan 2017.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p.

_____. **Portal da Saúde**. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, 2015a. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php >. Acesso em: 27 jan 2017.

_____. Portaria nº 1.645, de 2 de out. de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, D.F., 2 out 2015.

_____. Unidades Básicas de Saúde recebem R\$12,5 milhões. **Portal Brasil**. 2016. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/08/unidades-basicas-de-saude-recebem-r-12-5-milhoes> >. Acesso em: 12 jan 2017.

BRESICK, G. et al. Adaptation and cross-cultural validation of the United States Primary Care Assessment Tool (expanded version) for use in South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, Durbanville, v. 7, n. 1, p. 783, 2015.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Cultura. Museu histórico de Cambé. **Cambé: repensando sua história**. Cambé: Prefeitura Municipal de Cambé, 1992. 106 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento. **Plano diretor de desenvolvimento municipal de Cambé**. Cambé: Prefeitura Municipal de Cambé, 2008. 328 p.

_____. **Dados Gerais**. 2012. Disponível em: < <http://www.cambe.pr.gov.br/site/cambe/dadosgeraiscambe.html> >. Acesso em: 01 ago 2012.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano municipal de saúde de Cambé 2013/2017**. Cambé: Prefeitura Municipal de Cambé, 2013. 129 p.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Departamento de Recursos Humanos. **Listagem de Servidores**. Cambé: Prefeitura Municipal de Cambé, 2016a.

_____. Prefeitura Municipal de Cambé. Secretaria Municipal de Saúde Pública **Relatório de Gestão da Saúde - 2015**. Cambé: Prefeitura Municipal de Cambé, 2016b. 94 p.

_____. Prefeitura Municipal de Cambé. **UBSs de Cambé conquistam Certificação de Qualidade Selo Bronze**. 2016. Disponível em: <<http://www.cambe.pr.gov.br/site/areanoticia/3410-ubss-de-cambe-conquistam-certificacao-de-qualidade-selo-bronze.html>>. Acesso em: 22 jul 2017.

CAMPOS, C. E. A. Os princípios da medicina de família e comunidade. **Revista APS**, Juíz de Fora, v. 8, n. 2, p. 181-90, 2005a.

CAMPOS, G. W. D. S. El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 477-83, dez. 2005b.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-64, out. 2014.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família**. 2003. 273 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARDOSO, J. M. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL (Ed.). **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. p.45-56. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CARNEIRO JUNIOR, N.; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709-16, jul. – set. 2010.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil In: ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D. A. ; CORDONI JUNIOR, L. (Ed.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 2, p.27-60.

CAVALCANTI, J. D. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 628-34, out. - dez. 2014.

CECILIO, L. C. D. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R. A. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

CECILIO, L. C. D. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-902, nov. 2012.

CFM. Resolução CFM nº 1931/2009, de 24 de set. de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, D.F., 24 set 2009. Seção 1, p. 90.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. (Ed.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.41-60.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. et al. Determinants of the use of health care services: multilevel analysis in the Metropolitan Region of Sao Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo v. 49, n. 15, 2015.

CNES. **Informações de Saúde (TABNET)** - Rede Assistencial. 2017. Disponível em: <
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>>. Acesso em: 23 mar 2017.

COTTA, R. M. M. et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 227-34, out. – dez. 2005.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. D. M. D. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-24, abr. – jun. 2015.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-37, abr. 2010.

CUNHA, E. M. D.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. Suppl. 1, p. 1029-42, 2011.

DEVOE, J. E. et al. Receipt of Preventive Care Among Adults: Insurance Status and Usual Source of Care. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 93, n. 5, p. 786-91, maio 2003.

DIAS, R. **WhatsApp diz ter 38 milhões de usuários no Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/tec/2014/02/1418158-whatsapp-diz-ter-38-milhoes-de-usuarios-no-brasil.shtml> >. Acesso em: 16 ago 2016.

DOHMS, M.; TESSER, C. D.; GROSSEMAN, S. Potencialidades no ensino-aprendizagem da comunicação médico-paciente em três escolas brasileira, espanhola e holandesa. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 311-9, jul. – set. 2013.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 44, n. 3, p. 166-206, 1966.

_____. **Aspects of Medical Care Administration: specifying requirements for health care**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, p. 1115-8, 1990.

ERDMANN, A. L. et al. O olhar dos estudantes sobre sua formação profissional para o Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 288-94, maio. – jun. 2009.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 11, p.323-64.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-76, fev. – mar. 2007.

ETTNER, S. L. The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 86, n. 12, p. 1748-54, dez. 1996.

FALK, J. W. O Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade (TEMFC). **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2017. Disponível em: < http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=14 >. Acesso em: 02 mar 2017.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde**. Texto de apoio da unidade I: projeto GERUS, 1997. 114-20 p.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-21, jul. – set. 2004.

FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente ? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 21-7, jan. – mar. 1993.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, ago. 2009.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-78, jun. 2015.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set.- dez. 2005.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. D.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: SAMICO, I. et al. (Ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.1-14.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-60, dez. 2014.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-53, abr. – jun. 1999.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica de Mexico**, Cuernavaca, p. 438-53, set. – out. 1985.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Como construir uma atenção primária forte no Brasil?**, Madri, Espanha, 2011. Disponível em: <
http://www.sbmfc.org.br/media/file/Visita_Espanhois_2011/Brasil,%20Relatorio%20Resumo%20final%202011.pdf>. Acesso em: 25 fev 2017.

GHIGGI, L. A.; SILVA BARRETO, D.; FAJARDO, A. P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. **Revista de APS**, Juíz de fora, v. 17, n. 2, 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro Primary health care, basic health care, and family health program: synergies and singularities. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006.

GIL, C. R. R.; MARTIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e Região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, S. M. D.; SOARES, D. A. ; CORDONI JUNIOR, L. (Ed.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. cap. 3, p.61-92.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. s/v, n. 51, p. 30-7, out. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 300-22, 2015.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. D. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, abr.- jun. 2003.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. D. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.

HARZHEIM, E. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2006a.

HARZHEIM, E. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1399-408, maio 2016.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-59, ago. 2006b.

HEIMANN, L. S. et al. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-87, jun. 2011.

IBAÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, jul. – set. 2006.

IBGE. **Censo demográfico 2010**: resultados do universo - características da população e dos domicílios. 2010. Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=410370&idtema=67&search=parana|cambe|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios-> >. Acesso em: 15 mar 2017.

_____. Coordenação de trabalho e rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde: 2013** : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades de federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 100 p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016a. 87 p.

_____. **Cidades**. 2016b. Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410370> >. Acesso em: 22 mar 2017.

INSTITUTE OF MEDICINE. The value of Primary Care. In: DONALDSON, M. S. E. A. (Ed.). **Primary Care: America's Health in a New Era**. Washington, DC: The National Academies Press, 1996. p.52-75.

LEE, J. H. et al. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 2, p. 103-11, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; TURCI, M. A.; MACINKO, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1370-80, jul. 2013.

LIMA, M. A. D. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-7, jan. – mar. 2007.

LIMA, S. A. V. et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 635-56, abr. – ju. 2015.

LIMA, T. J. V. D. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 12, jan. – mar. 2014.

LIMA, W. C. M. B.; ASSIS, M. M. A. Acesso restrito e focalizado ao programa saúde da família em Alagoinhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos x demanda espontânea. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 439-49, jul. – set. 2010.

LOBELLO, H. F. D. P. **Formação médica: desafios para o fortalecimento da Atenção Primária no Sistema Único de Saúde**. 2013. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2013.

LUZ, T. C. B.; LOYOLA FILHO, A. D.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1578-86, jul. 2009.

MACHADO, L. M. et al. Significados do fazer profissional na estratégia de saúde da família: atenção básica enquanto cenário de atuação. **J. res: fundm. care online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4026-35, jan. – mar. 2016.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 243-56, set. – dez. 2003.

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

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 780-8, jul. – set. 2013.

MARTINS, J. D. J.; ALBUQUERQUE, G. L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, n. 3, p. 351-6, jul. – set. 2007.

MASSON, N. et al. Acolhimento e vínculo: tecnologias relacionais na produção da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 17, n. 2, p. 103-10, abr. – jun. 2015.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Ed.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p.23 - 8.

MCWHINNEY, I. R.; FREEMAN, T. Principles of Family Medicine. In: MCWHINNEY, I. R. ; FREEMAN, T. (Ed.). **TextBook of Family Medicine**. 3 ed. New York: Oxford University Press, 2009. p.17-35.

MEI, J. et al. The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China. **BioMed Research International**, v. 2016, p. 13, 2016.

MELO, E. C. A. D. et al. Acessibilidade dos usuários com hipertensão arterial sistêmica na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 124-31, jan. – mar. 2015.

MENDES, A. D. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-12, nov. 2012.

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

MENDONÇA, M. H. M. D. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-65, ago. 2010.

MENDOZA-SASSI, R.; BÉRIA, J. U. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1257-66, set. – out. 2003.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London. 1920. Disponível em: < <https://www.sochealth.co.uk/national->

health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/ >. Acesso em: 05 jan 2017.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-19, maio – jun. 2016.

NASSAR, M. R. F. Comunicação e humanização: a reconstrução do relacionamento médico-paciente como critério de qualidade na prestação de serviço. **Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1-13, jul. – dez. 2005.

ODK. **OpenDataKit**. 2016. Disponível em: < <<https://opendatakit.org/>> >. Acesso em: 07 mar 2016.

OECD. Organisation for Economic Cooperation and Development. **Proposal for a taxonomy of health insurance**, OECD Study on Private Health Insurance, 2004. Disponível em: < <http://www.oecd.org/els/health-systems/private-health-insurance.htm> >. Acesso em: 07 jul 2016.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3047-56, nov. 2012.

OLIVEIRA, M. M. C. D. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256-63, out. – dez. 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca**. Relatório Mundial de Saúde 2008. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. 156 p.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. (Ed.). **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

_____. A criação e a implementação do SUS. In: PAIM, J. S. (Ed.). **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009a. p.43-101.

_____. O que tínhamos antes do SUS? In: PAIM, J. S. (Ed.). **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009b. p.25-41.

-
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Cartilha Tutoria** Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2015. 132 p.
- PARANÁ, S. D. E. D. S. Boletim Informativo da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social. **Saúde Paraná**, v. Edição Especial, 1987.
- PASARÍN, M. I. et al. Un instrumento para la evaluación primaria de salud desde la perspectiva de la población. **Aten Primaria**, v. 39, n. 8, p. 395-403, 2007.
- PAULA, W. K. A. S. D. et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 335-45, mar. – abr. 2016.
- PEREIRA, M. J. B. et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 48-55, mar. 2011.
- PERUCHINI, L. F. D. et al. O papel do médico na Estratégia Saúde da Família. **Açãoodonto**, v. 2, n. 1, p. 12, 2014.
- PINHEIRO, R. **Integralidade em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde 2009.
- POLINETO, P. et al. O uso do correio eletrônico na comunicação entre usuários e uma equipe de saúde da família: relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 37, p. 9, out. – dez. 2015.
- POLIDORO, M.; GONÇALVES, M.; BARROS, M. V. F. Proposta de zoneamento geográfico da região metropolitana de Londrina - PR. **Cadernos de Geociências**, v. 8, n. 1, p. 25-32, maio 2011.
- RADIGONDA, B. et al. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 115-26, jan. – mar. 2016.
- REUTERS. Mais de 100 milhões de usuários brasileiros estão sem WhatsApp. **VEJA**. 2015. Disponível em: < <http://veja.abril.com.br/tecnologia/mais-de-100-milhoes-de-usuarios-brasileiros-estao-sem-whatapp/> >. Acesso em: 05 set 2016.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-52, fev. 2014.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, jan. 2013.

SANTOS, A. D. D. et al. Análise da acessibilidade masculina aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em um município do Nordeste da Bahia, Brasil. **Rev. iberoam. educ. invest. enferm.**, Madrid, v. 5, n. 1, p. 26-34, jan. 2015.

SANTOS, D. A. D. et al. Potencialidades e dificuldades nas práticas de acolhimento na rede de atenção básica conforme a Política Nacional de Humanização. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 54-69, 2016.

SANTOS, I. M. V. D.; SANTOS, A. M. D. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, v. 13, n. 4, p. 703-16, ago. 2011.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-40, set. – out. 2008.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

SILVA, N. C. D.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de Cobertura ou Reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, jul. – set. 2010.

SISTEMA PREVER. **Serviço gratuito de orientação médica por telefone**. 2016. Disponível em: < <http://www.preveronline.com/?d=Noticia&i=42> >. Acesso em: 03 mar 2017.

SOARES, M. C. Internet e saúde: possibilidades e limitações. **Revista Textos de la CiberSociedad**, v. 4, 2004.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.547-76.

SOUZA, M. L. P. D.; GARNELO, L. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Suppl 1, p. s91-s9, 2008.

SOUZA, R. K. T. D. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 435-44, set. 2013.

SOUZA, R. O. D. A.; MACHADO, C. V.; NORONHA, M. F. D. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. **Rev APS**, Juíz de Fora, v. 18, n. 2, p. 166-79, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11^o Conferência Nacional de Saúde, Brasília**, p. 261-81, 2000.

TIGRE, P. B.; NICOLL, M. **Indústria de tecnologias da informação e comunicação no Brasil: desempenho econômico, tendências tecnológicas e impactos no trabalho**. Brasília: SENAI/DN, 2010. 59 p.

TONINI, N. S. et al. Absenteísmo por transtornos mentais entre profissionais da atenção básica: subsídio à gestão de recursos humanos. **Nursing**, São Paulo, v. 17, n. 222, p. 1257-61, 2016.

TORRES, H. C. et al. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Ciencia y enfermería**, Concepción, v. 19, n. 1, p. 95-105, 2013.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. D. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. suppl.2, p. S190-S8, 2004.

UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.** Brasília: UNICEF, 1979. 60 p.

UNIMED. **Cooperativa suspende serviço de atendimento por telefone.** Londrina, 2015. Disponível em: <
<http://www.unimedlondrina.com.br/medico/canais/artigos/09/01/2015/alo-saude-suspensao-servico-telefone/>>. Acesso em: 03 mar 2017.

_____. **Alô Doutor.** Vales do Taquari e Rio Pardo - RS, 2017. Disponível em: <
http://www.unimed.coop.br/pct/index.jsp?cd_canal=53762&cd_secao=124865>. Acesso em: 03 de mar. de 2017.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. Suppl. 1, p. s148-s58, 2008.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. D. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. Rene. Fortaleza**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 132-8, jul. – set. 2009.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 96, p. 12-9, ago. 2010.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 150-9, jan. - mar. 2010.

WANG, W. et al. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. **BioMed Research International**, v. 2014, p. 7, 2014.

ZOBOLI, E. Ética do cuidado: uma reflexão sobre o cuidados da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 158-62, 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS VIGICARDIO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
VIGICARDIO 2011-2015**

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Rua:		
Setor Censitário:	N°:	Complemento:
Mudou de endereço: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Novo Endereço: Rua:		
N°:	Complemento:	
Telefone:	Obs:	
Email:		

INFORMAÇÕES DA COLETA




Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa	<input type="checkbox"/> Perda	<input type="checkbox"/> Exclusão
Motivo:		
<p align="right">Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>		





CONTATOS PARA ENCONTRAR A PESSOA NO FUTURO - SEGUIMENTO

BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO




1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável		CIV 155														
2. Quantos anos completos o(a) senhor(a) estudou? []		ESTU Apenas														
<table border="1"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td>0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td>4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo</td> <td>8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td>11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td>15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>15 + 2</td> </tr> </table>		Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	
Analfabeto	0 anos															
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos															
1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos															
2º grau ou ensino médio	11 anos															
Ensino superior	15 anos															
Especialização	15 + 1															
Mestrado	15 + 2															

AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.


3. O(a) senhor(a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não		TR1	
 Se NÃO: 3.1 Como o(a) senhor(a) se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado (4) Auxílio doença (5) Outros  Pule para a questão 7		TR2	
4. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho (ocupação) principal?		TR3	
5. Nesse trabalho o(a) senhor(a) é: (1) Empregado formal (carteira de trabalho) (2) Empregado informal (3) Autônomo/Conta própria (4) Não remunerado		TR4	
6. O(a) Sr(a). Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16
A7. Indústria da borracha			PB17
7. O(a) Sr(a). já trabalhou com alguma das atividades:  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB22









A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25
A7. Indústria da borracha				PB26
8. Alguém que mora com o(a) Sr(a). trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30
 Se SIM: 8.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31
9. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40
 Se SIM: 9.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [] metros				PB41
10. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/'veneno'/'praguicidas? (1) Sim (2) Não				PB50
 Se SIM: 10.1 Qual o nome da cultura ou do produto aplicado?				PB51
 Se SIM: 10.2 A última aplicação foi há mais de 30 dias? (1) Sim (2) Não				PB52
<u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DO ESTADO DE SAÚDE</u>				
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL				
11. Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim				EST1
12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus dentes (amálgama): (1) Sim, atualmente (2) Sim, já teve há mais de 1 ano (3) Sim, já teve há menos de 1 ano (4) Não (99) Não sabe/lembra				DEN1
13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral: (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim				SON6
<u>VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u></u>				
14. Quais das doenças/condições abaixo o(a) senhor(a) já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:			(1)SIM (2)NÃO	
14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?				HA
14.2 Colesterol elevado?				CT
14.3 Angina (dor no peito)?				AG

14.4 Insuficiência Cardíaca?		ICC
14.5 Ataque cardíaco/Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
↪ Se SIM , 14.5.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		IAM3
↪ 14.5.2 Ele já se repetiu alguma vez?		IAM4
14.6 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
↪ Se SIM , 14.6.1 Há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
↪ 14.6.2 Ele já se repetiu alguma vez?		DCV3
14.7 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
14.8 Doença pulmonar/pulmão?		DP
14.9 Fratura de quadril?(incluindo o fêmur)		FQ
14.10 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
14.11 Problema na coluna?		COL
14.12 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
14.13 Depressão?		DEP
14.14 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
↪ Se SIM : 14.14.1 Há quanto tempo (anos) tem DM? [] anos		DM1
↪ 14.14.2 Como controla o DM? (1) Dieta (2) Comprimidos (3) Insulina (permite mais de uma resposta) (4) Não controla		DM2
14.15 Outras doenças? Qual(is):		DOT
14.16 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda* nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra *(queda da própria altura) ↪ Se NÃO : pule para questão 14.17		QUE1
↪ Se SIM : 14.16.1 O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []		QUE2
↪ 14.16.2 Em qual(ais) local(ais) aconteceram a(s) queda(s)? (1) Em casa (2) Fora da Casa		QUE3
↪ Se em casa, 14.16.1.1 Onde: _____		QUE4
↪ Se fora da casa, 14.16.2.1 Onde: _____		QUE5
↪ 14.16.3 Em algumas dessas quedas ocorreu uma fratura? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		QUE6
↪ Se SIM : 14.16.3.1 Qual parte do corpo foi fraturado?		QUE7



<u>BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
<p>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA TODOS OS MEDICAMENTOS, INCLUINDO VITAMINAS, SUPLEMENTOS, QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS. (PAUSA).</p> <p>Pegue cada remédio (blíster, frasco, bula ou caixa), incluindo vitaminas, que o(a) senhor(a) UTILIZOU nos últimos 15 dias e me ajude a responder um a um. Podemos começar?</p>	
<u>BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
<p>18. Lembre-se brevemente de suas atividades nas duas últimas semanas. Neste período o(a) Sr(a). utilizou algum medicamento? (1) Sim (2) Não</p> <p> Se NÃO pule para a questão 35</p>	MED1
<p>VOU PERGUNTAR AGORA SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS</p>	
<p>17. O(a) senhor(a) já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MSUB
<p>16. Seus pais ou irmãos tiveram Doença Cerebrovascular/Derrame antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	DCV4
<p>15. Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Ataque cardíaco/Infarto antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	IAM2
<p> Se SIM: 14.17.1 Há quanto tempo? [] ano(s) (99) Não sabe/não lembra</p>	MP2
<p>14.17 A senhora entrou na menopausa, ou seja, parou de sangrar definitivamente há 1 ano ou há mais de 1 ano? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MP1
<p> SOMENTE MULHERES:</p>	




	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.	Posologia			Tempo que está utilizando
				Comp. por dia	Vezez por dia	S/N	
M1							
M2							
M3							
M4							
M5							
M6							
M7							
M8							
M9							
M10							
M11							
M12							
M13							
M14							
M15							
M16							
<p>19. Destes medicamentos, algum deles é utilizado de forma contínua, ou seja, sem data definida para o término do tratamento? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica</p> <p>↳ Se SIM, Por favor, separe aqueles que você utiliza de maneira contínua.</p> <p>↳ Se NÃO ou NÃO SE APLICA pule para a questão 35</p>							MED2
<p>20. ENTREVISTADOR – Com base na tabela, quantos medicamentos são utilizados <u>continuamente</u> (sem previsão para o final do tratamento)? []</p>							MED3






<p>21. Além desses medicamentos que separamos, existe mais algum que o(a) senhor(a) utiliza ou deveria estar utilizando? (1) Sim (2) Não</p>	MED5
<p> Se SIM, 22.1: Quantos? []</p>	MED6
<p>22. ENTREVISTADOR – Com base na tabela e no relato do entrevistado, quantas vezes por dia ele toma medicamentos (independente do número de medicamentos utilizados por vez)? (1) 1x ao dia (2) 2x ao dia (3) 3x ao dia (4) 4x ao dia (5) 5 ou mais vezes ao dia</p>	MED7
<p>23. Quantas situações/doenças o(a) Sr(a). está tratando com os medicamentos que relatamos? []</p>	MED4
<p>24. O(a) Sr(a) se recorda quantos médicos prescreveram os medicamentos que utilizou nestes últimos 15 dias? []</p>	MED8
<p>25. Em quantos lugares que o(a) Sr(a). consegue seus medicamentos? Considere farmácias públicas, privadas, unidades de saúde e outros. []</p>	MED9
<p>26. No último ano, o(a) Sr(a). deixou de obter, houve atraso ou parou de tomar algum remédio de uso contínuo? (1) Sim (2) Não</p>	MED10
<p>27. Considerando o número de medicamentos, sua rotina, efeitos ruins e os resultados alcançados, o(a) Sr(a). está satisfeito com o seu tratamento com medicamentos? (1) Satisfeito (2) Indiferente (3) Insatisfeito</p>	MED11
<p>28. O(a) Sr(a). às vezes esquece de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não</p>	MED12
<p>29. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que o(a) Sr(a). não tomou seus remédios? (1) Sim (2) Não</p>	MED13
<p>30. O(a) Sr(a). já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (1) Sim (2) Não</p>	MED14
<p>31. Quando o(a) Sr(a). viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não</p>	MED15
<p>32. O(a) Sr(a). tomou todos os seus medicamentos ontem? (1) Sim (2) Não</p>	MED16
<p>33. O(a) Sr(a). já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento? (1) Sim (2) Não</p>	MED17
<p>34. Com que frequência o(a) Sr(a). tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca</p>	MED18
<p>ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • está com a bexiga cheia • praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos • ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos • fumou nos 30 minutos anteriores. 	

LEMBRE-SE de que:	
<ul style="list-style-type: none"> O entrevistado deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Se a circunferência do braço que o entrevistado realiza as atividades for < 22cm ou >32cm deve-se utilizar braçadeira de tamanho adequado. 	
35. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA em ambos os braços e anotar a de maior valor: _____ / _____	PA1
36. QUAL A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO EM QUE A MEDIDA FOI REALIZADA? [] cm Em qual braço? () D () E	CB
BLOCO 4 – HÁBITOS DE VIDA	
37. O(a) Sr(a). Fuma? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 40	FUM1
 Se SIM 37.1. Quantos cigarros por dia? []	FUM3
38. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra	FUM4
39. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 41	FUM5
40. O(a) Sr(a) já fumou? (1) Sim (2) Não	FUM6
 Se SIM:40.1 . Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [] anos (99) Não lembra	FUM7
41. O(a) Sr(a). costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 42	ALC1
 Se SIM: 41.1 Com que frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
 Se SIM: 41.2 Nos últimos 30 dias o(a) Sr(a). consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?* (mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada) (1) Sim (2) Não	ALC3
 Se SIM: 41.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []	ALC4

AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.

42. Em uma semana normal (típica) o(a) Sr(a). faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 46				EX1
 Se SIM : 43. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a). pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.1. Caminhada?				EX21
43.2. Alongamento?				EX22
43.3. Dança?				EX23
43.4. Musculação?				EX24
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? Qual? _____				EX27
44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE): (1) Academia/Clínica privada. (2) Praças, parques perto de casa. (3) Praças, parques longe de casa. (4) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos) (5) Clubes esportivos, chácaras, campos de futebol, quadras esportivas (6) Outros. Especificar: _____ (7) Não se aplica.				EX29
45. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Pule para a questão 48				EX5
46. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?				EX6

(1) Sim (2) Não  Se SIM , pule para a questão 48	
47. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não	EX7
48. Em relação às condições atuais do bairro para a prática de atividade física o(a) Sr(a) está (tanto público quanto privado): (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito	EX30
49. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PÚBLICOS DO BAIRRO para a prática de atividade física (por exemplo: construção de novos espaços ou reforma/revitalização dos espaços existentes EM QUE A UTILIZAÇÃO É GRATUITA) o(a) Sr(a). considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei	EX31
50. Em relação aos espaços PÚBLICOS existentes no bairro para prática de atividade física e sua condição para chegar até eles, o(a) Sr(a). considera: (1) Muito perto (2) Perto (3) Nem perto, nem longe (4) Um pouco longe (5) Muito longe (6) Não existem espaços públicos (7) Tenho limitações que me impedem de chegar até estes espaços	EX32
51. Quanto tempo o(a) Sr(a) leva até estes locais (espaços públicos do bairro)? [] minutos	EX35
52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que: (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei	EX33
53. O (a) Sr(a) conhece algum programa de atividades físicas orientadas que seja oferecido pela Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde) do bairro? (1) Sim, e freqüente (2) Sim, já frequentei, mas não frequento atualmente. (3) Sim, mas nunca frequentei. (4) Não conheço	EX36
54. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como o(a) senhor(a) classificaria o seu trabalho: (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso	EX8
55. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 56	EX9
 Se SIM , 55.1: Quantas vezes por semana? [] dias	EX37

 55.2 Quanto tempo o(a) Sr(a). leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.	EX10
AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES EM UMA SEMANA NORMAL.	
56. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar chá verde? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias  Se NUNCA pule para questão 58	CH1
57. Nos dias em que o(a) Sr(a) toma chá verde, quantas xícaras de chá costuma tomar por dia? [] xícaras	CH2
58. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se NUNCA , pule para questão 60	AL3
59. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma: (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura	AL4
60. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se NUNCA , pule para questão 62	AL5
61. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele	AL6
62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL9
63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL10
64. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL11
65. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante? (8) Nunca (9) Quase nunca [] dias  Se NUNCA pule para questão 67	AL24

66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia? [] copos	AL25
67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL1
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.	
68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas? (1) Sim (2) Não	AL12
69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas? (1) Sim (2) Não	AL13
70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas). (1) Sim (2) Não	AL14
71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas? <hr/>	AL17
74. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias	AL2
AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.	
75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes). (1) Sim (2) Não	AL20

78.A necessidade do preparo das verduras ou legumes é uma dificuldade para comer (comer mais) verdura ou legume? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL21
79.O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL22
80.Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr.(a) coma (ou coma mais) verduras ou legumes? <hr/>	AL23

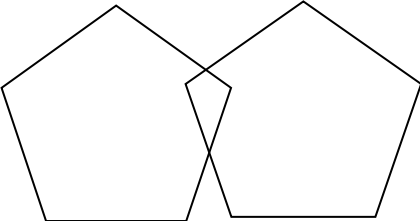
➡ Para todos os indivíduos:

➡ Somente para indivíduos com **54 anos ou mais**


BLOCO 5 – MINIMAL E CAPACIDADE FUNCIONAL







AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS **PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.**

81. Orientação no tempo:	1 ponto para cada resposta certa
81.1. Que dia do mês é hoje?	
81.2. Em que mês estamos?	
81.3. Em que ano?	
81.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?	OT
81.5. Qual a hora aproximada?	
Número de respostas corretas []	
82. Orientação no espaço:	1 ponto para cada resposta certa
82.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?	
82.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?	
82.3. Em que bairro nós estamos?	
82.4. Em que cidade nós estamos?	
82.5. Em que estado do Brasil nós estamos?	OE
Número de respostas corretas []	
83. Registro: Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. <i>(1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra. Se o entrevistado errou na primeira tentativa repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)</i>	1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
Número de respostas corretas na 1º tentativa []	ME1

<p>86.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p>	1 ponto
<h1>FECHE OS OLHOS</h1>	LI4
<p>86.5 Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p>	1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)
<p>Resposta correta []</p>	LI5
<p>87. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; margin-left: 20px;"></div> </div>	<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>Número de respostas corretas []</p>	LI6
<p>88. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL []</p> <p>↪ SE PONTUAÇÃO DO MM ≤ 23 PREENCHER QUESTIONÁRIO DE PFEFFER <u>INSTRUMENTO NA ÚLTIMA PÁGINA</u></p>	MM
<p>↪ Somente para indivíduos com 54 anos ou mais</p>	
<p>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO.</p>	
<p>89. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador</p>	RES
<p>O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	
<p>90. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	<p>(2) Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (3) Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando sonda entérica.</p> <p>CF1</p>





<p>91. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo; (3) Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p>	CF2
<p>92. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos; (3) Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido</p>	CF3
<p>93. Deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (transferência)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; (3) Não sai da cama.</p>	CF49
<p>94. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para ir ao “banheiro”, para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre; (3) Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.</p>	CF5
<p>95. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF40
<p>96. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF41
<p>97. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF42
<p>98. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF43
<p>99. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número na lista telefônica)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF44
<p>100. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF45
<p>101. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF46



<p>102. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer pequenos reparos domésticos (Ex: trocar uma lâmpada)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF47
<p>103. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer o uso de medicamentos (tomar medicamentos)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue</p>	CF48
<p>104. O(a) Sr(a) tem algum problema para Urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência total ou necessidade de ajuda para manter o controle urinário; usa cateter ou é incontinente.</p>	CF6
<p>105. O(a) Sr(a) tem algum problema para fazer cocô (defecação) (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	<p>(2) Incontinência parcial, entendida como perda frequente ou ocasional do autocontrole ou necessidade eventual de enema ou lavagem intestinal. Necessita de controle externo para executar a ação no local adequado. <i>(Evacua em locais impróprios, por exemplo, na cozinha)</i> (3) Incontinência total; perda completa do autocontrole, a pessoa necessita ajuda, como uso regular de fraldas e/ou só evacua utilizando enema ou lavagem intestinal.</p>	CF7
<p>106. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas</p>	CF15	
<p>107. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____</p>	PA2	
<p> Somente para indivíduos com 50 anos ou mais</p>		
<p>BLOCO 6 – DEPRESSÃO (Como a pessoa tem se sentido durante a última semana)</p>		
<p>108. Está satisfeito (a) com sua vida?</p>	<p>(1) Sim (2) Não</p>	






		DEP1
109. Interrompeu muitas de suas atividades?		DEP2
110. Acha sua vida vazia?		DEP3
111. Aborrece-se com frequência?		DEP4
112. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?		DEP5
113. Teme que algo ruim lhe aconteça?		DEP6
114. Sente-se alegre a maior parte do tempo?		DEP7
115. Sente-se desamparado com frequência?		DEP8
116. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?		DEP9
117. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?		DEP10
118. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?		DEP11
119. Sente-se inútil?		DEP12
120. Sente-se cheio/a de energia?		DEP13
121. Sente-se sem esperança?		DEP14
122. Acha que os outros tem mais sorte que o(a) senhor(a)?		DEP15
 Para todos os indivíduos		
BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
123. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra		PS1
 Se SIM, 123.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/não lembra		PS2
 Se SIM, 123.2: Qual o plano de saúde? _____		PS3
124. O(a) senhor(a) utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não		SUS
 Se SIM, 124.1: Qual profissional é referência para o(a) Sr(a) na unidade básica de saúde? (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Auxiliar de Enfermagem (5) Nenhum (6) Outro: _____		SUS1
125. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		ACS
 Se SIM, 125.1: Com que frequência? [] visitas/mês		ACS1
126. O(a) senhor(a) recebe visitas dos outros profissionais das equipes de saúde da família do posto de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		PSF1
 Se NÃO ou NÃO SABE/LEMBRA, pule para a questão 128		


<p>127. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>128. O(a) senhor(a) conhece alguma atividade que é organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)? (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se NÃO, pule para a questão 130</p>	GRU1
<p>129. Quanto à participação nessas atividades: (0) nunca participou de nenhuma (1) participou de ações de educação em saúde (palestras, por exemplo) (2) participou anteriormente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle de peso, de diabéticos, de hipertensos ...), mas já não participa mais. (3) participa atualmente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada de nutrição, de controle do peso, de diabéticos, de hipertensos....)</p>	GRU2
<p>↳ Se participa atualmente, 129.1: Qual(is) grupo(s) participa: _____</p>	GRU3
<p>130. O (a) Sr.(a) realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CMED1
<p>↳ Se SIM, 130.1: O(a) Sr.(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []</p>	CMED2
<p>131. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CIR
<p>132. O(a) senhor(a) esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	INT1
<p>↳ Se SIM: 132.1.O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT2
<p>↳ Se SIM: 132.2 O(a) senhor(a) recorda o local? _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT3
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) SERVIÇOS(S) DE SAÚDE UTILIZADOS PELO(A) SR(A) EM CASOS NÃO URGENTES (Ex: Consultas de rotina, acompanhamento de uma doença).</p>	
<p>133. Quando o(a) Sr(a) tem um problema de saúde <u>não urgente</u>, o(a) Sr(a) costuma procurar? (Serviço que costuma procurar para uma consulta de rotina, acompanhamento da saúde/ de uma doença)</p>	
<p>133.1. Posto de saúde (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA1
<p>↳ Se SIM: 133.1.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)</p>	LA11

133.2. Serviço especializado do SUS (Ex. Cismepar, Policlínica, HC) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA2
↳ Se SIM: 133.2.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA21
133.3. Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA3
↳ Se SIM: 133.3.1 Há quanto tempo utiliza: [] anos (se <1=0)	LA31
133.4. Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA4
133.5. UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA5
133.6. Outro (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA6
↳ Se SIM: 133.6.1 Qual? _____	LA61
↳ Se referiu SOMENTE UM SERVIÇO pule para QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO	
↳ Se referiu MAIS DE UM SERVIÇO pergunte:	
133.7. Desses serviços que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para você quando tem um problema de saúde não urgente ? (1) Sim (2) Não	LA7
↳ Se SIM: 133.7.1. Qual? (1) Posto de Saúde (2) Serviço especializado do SUS (2) Consultório médico particular ou convênio (3) Hospital (4)UPA (5) Outro: _____	LA71
QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO	
Caso o entrevistado referiu mais de um serviço e NÃO tenha um serviço de referência, faça as questões sobre os SERVIÇOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os serviços referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.	
↳ Se somente HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 144	
↳ Se referiu serviço do SUS (Posto de saúde/Serviço especializado do SUS).	
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (<i>lembrar os serviços referidos</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)	
	Não As vezes Sim
134. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0 1 2 AS1

135. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) serviço(s) de saúde?	0	1	2	AS2
136. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) serviço(s) de saúde?	2	1	0	AS3
137. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) serviço(s) de saúde quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4
138. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) serviço(s) de saúde, tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5
 Se referiu serviço PARTICULAR OU CONVÊNIO (Consultório) .				
Agora vamos falar sobre o(s) serviço(s) do CONVÊNIO OU PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde não urgente (lembrar o(s) serviço(s) referido(s)) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes	Sim	
139. Quando esse(s) serviço(s) de saúde está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AC1
140. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) serviço(s) de saúde?	0	1	2	AC2
	Não	Às vezes	Sim	
141. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) serviço(s) de saúde?	2	1	0	AC3
142. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) serviço(s) de saúde quando pensa que é necessário?	2	1	0	AC4
143. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) serviço(s) de saúde, tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AC5
AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) MÉDICO(S) QUE ACOMPANHA(M) (de maneira contínua) A SAÚDE DO(A) SR(A).				
144. Tem algum médico que acompanha a sua saúde? (1)Sim (2)Não  Se NÃO pule para questão 167.				LM1
 Se SIM: 144.1 Quantos? []				LM2
 Se SIM: 144.2 De qual local(ais) e especialidade(s)?				
144.2.1 Médico generalista da UBS (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM3
144.2.2 Médico especialista do SUS				LM4

(1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		
 Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2) Não	
144.2.2.1 Cardiologista		LM5
144.2.2.2 Dermatologista		LM6
144.2.2.3 Endocrinologista		LM7
144.2.2.4 Gastroenterologista		LM8
144.2.2.5 Ginecologista		LM9
144.2.2.6 Nefrologista		LM10
144.2.2.7 Neurologista		LM11
144.2.2.8 Oftalmologista		LM12
144.2.2.9 Oncologista		LM13
144.2.2.10 Ortopedista		LM14
144.2.2.11 Otorrino		LM15
144.2.2.12 Pneumologista		LM16
144.2.2.13 Psiquiatra		LM17
144.2.2.14 Vascular		LM18
144.2.2.15 Outra: _____		LM19
144.2.3 Consultório médico particular ou convênio (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM20
 Se SIM: Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2) Não	
144.2.3.1 Cardiologista		LM21
144.2.3.2 Dermatologista		LM22
144.2.3.3 Endocrinologista		LM23
144.2.3.4 Gastroenterologista		LM24
144.2.3.5 Ginecologista		LM25
144.2.3.6 Nefrologista		LM26
144.2.3.7 Neurologista		LM27
144.2.3.8 Oftalmologista		LM28
	(1) Sim (2) Não	
144.2.3.9 Oncologista		LM29
144.2.3.10 Ortopedista		LM30
144.2.3.11 Otorrino		LM31
144.2.3.12 Pneumologista		LM32
144.2.3.13 Psiquiatra		LM33
144.2.3.14 Vascular		LM34
144.2.3.15 Outra: _____		LM35
144.2.4 Plantonista Hospital (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM36
144.2.5 Plantonista UPA (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/não lembra		LM37

144.2.6 Outro: _____				LM38
 Se referiu SOMENTE UM MÉDICO pule para QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO				
 Se referiu MAIS DE UM MÉDICO pergunte:				
144.3. Desses médicos que o(a) Sr(a) falou tem algum que é referência para o acompanhamento da sua saúde? (1) Sim (2) Não				LM39
 Se SIM: 144.3.1. Qual? [] Código do médico indicado.				LM40
QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO Caso o entrevistado referiu mais de um médico e NÃO tenha um médico de referência, faça as questões sobre os MÉDICOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os médicos referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.				
 Se somente plantonista HOSPITAL e/ou UPA pule para questão 167				
 Se referiu médico do SUS (Médico generalista e/ou médico especialista).				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do SUS que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	As vezes Alguns	Sim	
145. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
146. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
147. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
148. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
149. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5
150. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS6
151. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VS7
	Não	As vezes Alguns	Sim	
152. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VS8

153. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VS9
154. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VS10
155. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>SUS</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VS11
 Se referiu médico do CONVÊNIO E/OU PARTICULAR				
Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do CONVÊNIO/PARTICULAR que o(a) Sr(a) referiu acompanhar sua saúde (<i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i>) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	As vezes Alguns	Sim	
156. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC1
157. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VC2
158. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC3
159. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VC4
160. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VC5
161. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC6
162. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VC7
163. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VC8
164. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VC9
165. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VC10
166. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>convênio/particular</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VC11
<u>Continuação BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO</u>				

167. Classe econômica:						ABEP
	Número de Itens					
Quais desses itens o(a) senhor(a) possui?	0	1	2	3	4ou+	
Banheiros	0	3	7	10	14	
Empregados domésticos	0	3	7	10	13	
Automóveis	0	3	5	8	11	
Microcomputador	0	3	6	8	11	
Lava louça	0	3	6	6	6	
Geladeira	0	2	3	5	5	
Freezer	0	2	4	6	6	
Lava roupa	0	2	4	6	6	
DVD	0	1	3	4	6	
Micro-ondas	0	2	4	4	4	
Motocicleta	0	1	3	3	3	
Secadora roupa	0	2	2	2	2	
Qual o Grau de Instrução do chefe da família (considerando a maior renda)?						
Analfabeto / Primário incompleto / Fundamental I incompleto					0	
Primário completo / Ginásio incompleto / Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto					1	
Ginásio completo / Colegial incompleto / Fundamental II completo/ Médio incompleto					2	
Colegial completo / Superior incompleto / Médio completo					4	
Superior completo					7	
Serviços Públicos				Não	Sim	
Água encanada				0	4	
Rua Pavimentada				0	2	
Pontuação total []						
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE QUESTÕES SOCIAIS						
168. Quantos amigos próximos o(a) senhor(a) diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []						REDE1
169. Se de repente o(a) senhor(a) precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se o(a) senhor(a) pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais						REDE2
Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, o(a) senhor(a) concorda ou discorda das seguintes afirmações:						
170. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente						SOL10

6. Prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?		PF6
7. Lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?		PF7
8. Cuidar de seus próprios medicamentos?		PF8
9. Andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?		PF9
10. Cumprimentar seus amigos adequadamente?		PF10
11. Ficar sozinho (a) em casa sem problemas?		PF11

ANEXO

ANEXO**ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA**

Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 20112015.

Pesquisador: Ana Maria Rigo Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39595614.4.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 916.944

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Ana Maria Rigo Silva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (CCS-UEL). O projeto conta com uma assistente e equipe de 21 colaboradores. Sendo-se estudo de coorte, parte de um estudo de base populacional, com amostra representativa de residentes de 40 anos ou mais da área urbana do município de Cambé, localizado na região Norte do Paraná, realizado em 2011. A pesquisa propõe retornar a participantes de estudo anterior realizado em 2011.



Conselho de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Objetivo da Pesquisa:

Verificar possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e a incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, Paraná, entre 2011 e 2015. Hipótese: As modificações nos hábitos de vida e condições socioeconômicas interferem no perfil de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

Os benefícios ao participante previsto em termos de conhecimento da situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Possível contribuição para a melhoria dos serviços de saúde e conhecimento científico sobre o tópico.

Prevê orientação a participantes mediante identificação de problemas de saúde, em termos de indicação de busca de profissionais adequados para assisti-los.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados:

Instrumentos de coleta de dados; cronograma da pesquisa; previsão orçamentária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados:

Termo de Concordância de instituição co-participante; TCLE; e folha de rosto.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br



CONSELHO DE ÉTICA EM
PESQUISA ENVOLVENDO
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL
REGIONAL DO NORTE DO



Continuação do Parecer: 916.944

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

LONDRINA, 16 de Dezembro de 2014

Assinado por:

**Paula Mariza Zedu Alliprandini
(Coordenador)**

Endereço: PROPPG - LABESC - Sala 3

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br