

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**LETICIA CARDOSO ALVES DE SOUZA**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA  
PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS: CORRELAÇÕES ENTRE O  
PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL E O MODELO CONCEITUAL DE  
ACESSO UNIVERSAL**

**Goiânia**

**2024**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

## **TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES**

### **E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

#### **1. Identificação do material bibliográfico**

Dissertação       Tese       Outro\*: \_\_\_\_\_

\*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

**Exemplos:** Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

#### **2. Nome completo do autor**

**Leticia Cardoso Alves de Souza**

#### **3. Título do trabalho**

Acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde na perspectivas de profissionais:  
correlações entre o

Primary Care Assessment Tool e o modelo conceitual de acesso universal

#### 4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento  SIM  NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

**Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Cardoso Alves De Souza , Discente**, em 24/02/2025, às 09:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decretonº10.543, de13denovembre2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Barbara Souza Rocha, Professora do Magistério Superior**, em 27/02/2025, às 08:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decretonº10.543,de13denovembro de2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5190321** e o código CRC **B73531D3**.

**LETICIA CARDOSO ALVES DE SOUZA**

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA  
PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS: CORRELAÇÕES ENTRE O  
PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL E O MODELO CONCEITUAL DE  
ACESSO UNIVERSAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (PPGES-UFG), para a obtenção do Título de Mestre em Ensino na Saúde.

Área de concentração: Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Bárbara Souza  
Rocha

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Alves  
Guimarães

Goiânia

2024

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

de Souza, Leticia Cardoso Alves

ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS: CORRELAÇÕES ENTRE O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL E O MODELO CONCEITUAL DE ACESSO UNIVERSAL.". E do Produto Educacional:

"UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DO ACESSO UNIVERSAL ÀS PESSOAS COM DCNT PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE [manuscrito] / Leticia Cardoso Alves de Souza. - 2024. CV, 105 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. BARBARA SOUZA ROCHA;  
co orientadora Dra. RAFAEL ALVES GUIMARÃES.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, , , Goiânia, 2024.

Bibliografia. Anexos. Apêndice. Inclui tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Acessibilidade aos serviços de saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso Universal aos Serviços de Saúde . I. ROCHA, BARBARA SOUZA, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE MEDICINA

**ATA DE DEFESA  
DE DISSERTAÇÃO**

Ata nº **02/2025** da sessão de Defesa de Dissertação de **Leticia Cardoso Alves de Souza**, que confere o título de Mestre em **Ensino na Saúde**, na área de concentração em **Ensino na Saúde**.

Aos **vinte e seis dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e quatro**, a partir das **14h00**, por meio de videoconferência, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada “O ACESSO NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS ”. E do Produto Educacional: "UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DO ACESSO UNIVERSAL ÀS PESSOAS COM DCNT PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.". Os trabalhos foram instalados pela orientadora, Professora Doutora **Bárbara Souza Rocha (PPGES/UFG)**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora **Valéria Pagotto (FEN/UFG)**, membro titular externo; Professora Doutora **Jacqueline Rodrigues de Lima (PPGES/UFG)**, membro titular interno. Durante a arguição os membros da banca **fizeram** sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação e do Produto Educacional, tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora Bárbara Souza Rocha, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e seis dias do mês de agosto do ano de dois mil e vinte e quatro.

**TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA**

Acesso aos Serviços de Atenção Primária à Saúde na Perspectivas de Profissionais:  
Correlações entre o Primary Care Assessment Tool e o Modelo Conceitual de Acesso  
Universal



Documento assinado eletronicamente por **Leticia Cardoso Alves De Souza , Discente**, em 24/02/2025, às 08:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decretonº10.543, de13denovembrode2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Valeria Pagotto, Professor do Magistério Superior**, em 24/02/2025, às 09:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decretonº10.543,de13denovembro de2020](#) .



Documento assinado eletronicamente por **Barbara Souza Rocha, Professora do Magistério Superior**, em 27/02/2025, às 08:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembrode2020](#) .



Documento assinado eletronicamente por **Jacqueline Rodrigues De Lima, Professor do Magistério Superior**, em 27/02/2025, às 13:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decretonº 10.543,de13denovembrode2020](#) .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5190032** e o código CRC **54645600**.

**Referência:** Processo nº 23070.043260/2024-27

SEI nº 5190032

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus que me concedeu conhecimento, forças e garra para conseguir chegar aonde cheguei, pois, cada degrau que eu atingia era ele quem me dava suporte para alcançá-lo.

Agradeço a minha querida e amada família por estarem sempre ao meu lado me ajudando emocionalmente. Minha mãe, Emilia, que me mostrou que não importa quão longe é o caminho, mas que se ele for percorrido bem feito e de maneira correta se torna mais prazeroso. Ao meu esposo, Cleber, companheiro e fiel incentivador, que sempre me apoiou e confiou no meu potencial. As minhas queridas e amadas filhas Lavínia e Cecília que me incentivam a ser uma pessoa melhor a cada dia.

Agradeço a todos os meus professores que participaram da minha formação estudantil e pessoal, em especial à professora Dra. Bárbara Souza Rocha, que me proporcionou participar dessa pesquisa grandiosa, fez as etapas do projeto ficarem mais prazerosas com sua orientação, confiou no meu sucesso e foi fundamental para a conclusão desta etapa tão importante do mestrado. Ao professor Dr. Rafael que contribuiu de forma majestosa com nossa análise de dados.

Agradeço em especial ao CNPq pelo apoio financeiro para a realização da pesquisa.

Muito obrigada a todos, que Deus os ilumine sempre!

Espero contribuir de alguma forma para a busca por soluções do controle social e principais pontos de exclusão ao acesso aos serviços de saúde e eliminar barreiras entre esses serviços e a comunidade.

## RESUMO

Assis e Jesus (2012) propõem um modelo de análise para entender o acesso universal aos serviços de saúde. O modelo considera cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica. Este estudo teve como objetivo analisar o acesso na perspectiva dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo multi-método (transversal e metodológico), quantitativo, de 2021 à 2022 com enfermeiros e médicos da APS do estado de Goiás. A AFC analisou os itens do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) e sua relação com as dimensões do modelo. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário validado, contendo a primeira parte com o perfil sociodemográfico e a segunda parte sendo questões divididas em 9 componentes de acordo com os atributos essenciais e derivados do instrumento Primary Care Assessment Tool - PCATool (*PCATool-Brasil*). Os dados do questionário foram analisados pelo *software* estatístico R (R version 4.1.2; Vienna, Austria) (R Core Team, 2021). Para analisar o acesso, foi realizada análise descritiva, sendo que para a análise das dimensões de acesso foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Os resultados apresentaram uma amostra de 308 profissionais da saúde nos 47 municípios que participaram do estudo. A média global de idade dos participantes foi 37,5 anos, predominando o sexo feminino (82,8%) e cor da pele autodeclarada branca (43,5%). A AFC constatou correlação entre os escores dos itens mensurados no PCATool e as dimensões do modelo, sendo significativa para três (organizacional, técnica e simbólica) das cinco (política e econômico-social) dimensões, destacando os atributos Integralidade, Orientação Comunitária e Familiar. A AFC evidenciou as principais demandas do acesso na APS, dimensionou o escopo de investigação do instrumento PCATool e demonstrou as fragilidades do instrumento. No que se refere a não confirmação dos constructos teóricos das dimensões política e econômica-social, avaliar acesso por meio do PCATool, pode não refletir a realidade dos serviços e usuários brasileiros, bem como enviesar a tomada de decisão política.

**Palavras-chave:** Acessibilidade aos serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde, Acesso Universal aos Serviços de Saúde

## ABSTRACT

Assis and Jesus (2012) propose an analysis model to understand universal access to health services. The model considers five dimensions: political, economic-social, technical, organizational, and symbolic. This study aimed to analyze access from the perspective of health professionals. This is a multi-method (cross-sectional and methodological), quantitative study, from 2021 to 2022 with nurses and doctors from PHC in the state of Goiás. The AFC analyzed the items of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) instrument and their relationship with the dimensions of the model. Data collection was carried out through a validated questionnaire, containing the first part with the sociodemographic profile and the second part with questions divided into 9 components according to the essential and derived attributes of the Primary Care Assessment Tool - PCATool (PCATool-Brazil) instrument. The questionnaire data were analyzed by the statistical software R (R version 4.1.2; Vienna, Austria) (R Core Team, 2021). To analyze access, a descriptive analysis was performed, and Confirmatory Factor Analysis (CFA) was performed to analyze the dimensions of access. The results showed a sample of 308 health professionals in the 47 municipalities that participated in the study. The overall average age of the participants was 37.5 years, with a predominance of females (82.8%) and self-declared white skin color (43.5%). The CFA found a correlation between the scores of the items measured in the PCATool and the dimensions of the model, being significant for three (organizational, technical and symbolic) of the five (political and economic-social) dimensions, highlighting the attributes Comprehensiveness, Community Orientation and Family. The CFA highlighted the main demands of access in PHC, dimensioned the scope of investigation of the PCATool instrument and demonstrated the weaknesses of the instrument. Regarding the lack of confirmation of the theoretical constructs of the political and economic-social dimensions, assessing access through the PCATool may not reflect the reality of Brazilian services and users, as well as bias political decision-making.

**Keywords:** Accessibility to health services; Primary Health Care; Universal Access to Health Services

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2.OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
3.1 ACESSO COMO ATRIBUTO ESSENCIAL NA APS.....	16
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	22
4.1 PROJETO MATRIZ.....	22
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	23
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	23
<b>4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão</b> .....	26
4.5 COLETA DE DADOS.....	26
<b>4.5.1 Instrumento de coleta de dados</b> .....	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	30
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS.....	31
<b>5. RESULTADOS</b> .....	31
5.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	31
5.2 ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	32
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	41
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>PRODUTO TÉCNICO</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b> .....	66
<b>ANEXOS</b> .....	93

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.....	19
Quadro 1 - Número estimado de profissionais a serem entrevistados na pesquisa.....	24
Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados.....	27
Figura 3 - Convite enviado aos profissionais de saúde durante a coleta de dados.....	28
Quadro 2 - Atributos, componentes e itens do PCATool Brasil – Para profissionais médicos e enfermeiros – Versão extensa.....	29
Quadro 3 – Classificação do atributo acesso de primeiro contato do PCATool conforme dimensões do modelo teórico de Assis e Jesus (2012).....	33
Figura 4 – Produto Técnico Educacional .....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos e profissiográficos dos profissionais de saúde (n=308). Goiás, Região Centro-Oeste do Brasil, 2024.....	32
Tabela 2 - Itens do PCATool- Brasil que foram excluídos das dimensões ao utilizar o Modelo de Análise Fatorial Exploratória. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.....	33
Tabela 3 - Modelo final dos itens do PCATool-Brasil relacionados as dimensões do acesso universal. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.....	34
Tabela 4 - Análise descritiva dos escores globais e das dimensões teóricas do acesso aos serviços de saúde. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.....	36

## 1 INTRODUÇÃO

As variadas perspectivas de análise sobre o acesso aos serviços de saúde revelam a diversidade e a complexidade do assunto ao criar caminhos para alcançar a universalização da atenção à saúde (Assis e Jesus, 2012).

Nesse sentido, o Acesso de Primeiro Contato é um dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) e desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de condições agudas e gerenciamento de condições crônicas. O acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde é definido como:

“acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas” (BRASIL, 2020, p. 8).

A entrada à um serviço de saúde precisa ser acessível para que a pessoa seja avaliada e atendida com atenção adequada às suas necessidades. Essa “porta de entrada” é inerente nos serviços de saúde para que o usuário ascenda a todos os pontos de atenção que necessita. Nesse contexto a APS assume função preponderante, sendo definida como o meio de acesso ao sistema de saúde. Este primeiro acesso, tem o objetivo de acolher o usuário e promover atenção às suas necessidades de saúde, o que acontece com pacientes que tem baixa probabilidade de estarem com problemas raros ou sérios (Starfield, 2002).

Starfield (2002) afirma que para avaliar a APS é fundamental verificar se os serviços seguem seus atributos, pois a presença destes resulta em melhores indicadores de saúde, maior satisfação dos usuários, redução de custos e maior equidade, impactando positivamente a saúde das pessoas e das comunidades.

O acesso aos serviços de saúde é um assunto complexo e abrangente. Dessa forma, Assis e Jesus (2012) apresentam um modelo de análise de acesso universal em cinco dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica, com objetivo de compreender as políticas formuladas e sua execução. Com isso, envolve a gestão com a tomada de decisão e a participação da sociedade, além das práticas diárias ao abordar como os serviços se organizam e como os trabalhadores atuam no atendimento às demandas e necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da APS a presença e extensão dos atributos pode ser avaliada a partir do instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool - Brasil (PCATool - *Primary Care Assessment Tool*) validado pelo Ministério da Saúde (MS). Este instrumento possui como base os atributos propostos pela Bárbara Starfield (2002) para a APS, e são avaliados de acordo com

os escores atribuídos a eles tanto pelos usuários quanto pelos profissionais. Os atributos avaliados pelo PCATool são: o Acesso de Primeiro Contato do indivíduo com o sistema de saúde, a Longitudinalidade, a Integralidade e a Coordenação da Atenção. Esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de APS (Starfield, 2002; Brasil, 2020).

Ademais, o PCATool tem, historicamente, possibilitado a identificação de aspectos estruturais e processuais dos serviços de saúde que necessitam de reafirmação ou revisão, através de pesquisas e entrevistas domiciliares conduzidas por entrevistadores capacitados. Isso visa aprimorar a qualidade, tanto no planejamento quanto na implementação das ações da APS, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (Brasil, 2020).

Na revisão de Tesser, Norman e Vidal (2018) e na pesquisa de Bispo *et al.* (2020) o atributo acesso tem baixo escore (abaixo de 6,60) na perspectiva dos profissionais, situação que reflete na avaliação dos demais atributos e mostra baixa efetividade do SUS em acessibilidade e disponibilidade. As principais estratégias para ampliar o acesso, especialmente na APS é realizar educação permanente das equipes de trabalho, reduzir a população atendida a cada equipe da Estratégia em Saúde da Família (ESF), bem como ampliar o número dessas equipes, melhorar o financiamento para a APS, além de diversificar meios de comunicação com o usuário (Assis; Jesus, 2012; Bispo *et al.*, 2020; Tesser; Norman; Vidal, 2018). Nesse sentido, o acesso do usuário apresenta uma tendência preocupante no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente considerando que o primeiro contato com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental.

O acesso de primeiro contato permite a realização de ações como acolhimento, escuta ativa, compreensão das necessidades de saúde, fortalecimento do vínculo profissional-paciente, estabelecimento de relações de confiança e incentivo à adesão ao tratamento. Além do mais, a APS busca proporcionar acessibilidade, continuidade do cuidado e integralidade. (Bispo *et al.*, 2020). No entanto, é essencial avaliar e aprimorar, especialmente o acesso para garantir uma APS eficaz e centrada nas necessidades dos usuários.

No contexto brasileiro, a APS experimentou um notável crescimento em sua cobertura populacional entre os anos 2000 e 2020. No entanto, essa expansão nem sempre foi acompanhada por melhorias significativas em sua qualidade. A qualidade da APS não se resume apenas a abranger mais pessoas, mas sim em alcançar resultados de saúde superiores. Além disso, há evidências que associam uma APS robusta e eficaz a uma maior satisfação dos usuários com o sistema de saúde. Portanto, é categórico avaliar se a APS segue os atributos e

assim, verificar tanto a qualidade quanto a abrangência dos serviços oferecidos pela APS, a fim de fornecer informações relevantes para a sociedade e os gestores, contribuindo para a busca contínua de melhorias na saúde da população com equidade (Carvalho *et al.*, 2022).

A avaliação da APS é uma questão de grande relevância e, portanto, uma prioridade para o MS, o qual está ativamente envolvido no desenvolvimento de estratégias de pesquisa em todo o país, com o objetivo de avaliar os resultados alcançados. Essa avaliação abrange aspectos como a organização, a prestação e a qualidade dos serviços de saúde (Bispo; Carvalho; Rodrigues, 2020).

O estudo de Carvalho *et al.* (2022) enfatiza a necessidade de incorporar à Política Nacional de Saúde (PNS) um módulo específico para avaliar a qualidade da APS. A pesquisa identificou que os usuários que expressam maior satisfação com a APS são aqueles que mais frequentemente utilizam seus serviços. Esse grupo inclui mulheres, idosos, pessoas com baixa renda e indivíduos que enfrentam diversas morbidades, com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), hipertensão arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM), doenças cardíacas, doenças pulmonares, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) e obesidade.

A avaliação da APS na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários é fundamental para o desenvolvimento de uma análise situacional capaz de identificar lacunas na linha de cuidado e barreiras de acesso. Visto que o acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário indicam um projeto terapêutico compartilhado (Bispo *et al.*, 2020; Perillo *et al.*, 2020, Assis e Jesus, 2012).

Em geral, as dificuldades que impedem o acesso aos serviços de saúde podem se manifestar de maneira sutil, evidente ou oculta. Nem sempre as barreiras enfrentadas por certas comunidades em relação ao atendimento médico são amplamente conhecidas pela população em geral. Muitas vezes, essas barreiras permanecem invisíveis ou, quando identificadas, não recebem a devida atenção e solução por parte das autoridades públicas (Rocha; Nunes; Pagotto, 2023).

O acesso aos serviços de saúde no Brasil tem sido destaque internacional, devido a existência de filas para atendimento e marcação de consultas, fatores que são barreiras aos usuários. Nesta dimensão, um dos principais problemas enfrentados no funcionamento efetivo do SUS são as desigualdades de acesso. Como exemplo temos as barreiras geográficas e a distinção entre o rural e o urbano, percebido, muitas vezes, por meio da divisão técnica, social e territorial do trabalho, onde a população rural constantemente é vulnerabilizada e tendo seus direitos cerceados (Assis; Jesus, 2012; Rocha; Nunes; Pagotto, 2023).

A exemplo desta distinção entre o urbano e o rural, temos a população quilombola que enfrenta diversas barreiras para o acesso aos serviços de saúde, entre elas a barreira institucional na APS que apresenta na maioria dos casos rigidez na padronização dos horários de atendimentos e de ações, dificuldades econômicas para o deslocamento da equipe e compra de medicamentos, entre outras. Além disso, a população quilombola, preta e parda enfrentam dificuldades de acesso à informação devido ao baixo nível de escolaridade da maioria dos moradores, incompreensão sobre as especificidades culturais das comunidades que, muitas vezes, se confrontam com as necessidades em saúde. Tudo isso somado ao financiamento insuficiente. (Rocha; Nunes; Pagotto, 2023).

Existem indícios de que indivíduos de origem preta e parda enfrentam desigualdades no acesso aos direitos sociais e aos serviços. Essa discrepância pode ter implicações significativas para a saúde física e mental dessas pessoas, especialmente considerando que essas desigualdades não ocorrem de forma isolada; frequentemente, estão interligadas a outras formas de opressão e violência, sejam elas explícitas ou veladas (Cobo; Cruz; Dick, 2021).

Nesse contexto é importante que os trabalhadores de saúde estejam disponíveis para o trabalho com essas comunidades, conscientes das diversas barreiras e dificuldades que essa atuação impõe, além de estarem empáticos ao contexto e às particularidades que o cuidado a essas comunidades necessita. Para isso é evidente o conhecimento sobre a localidade e formas de acesso geográfico, a história da comunidade, sua forma de comunicação e cultura, visto que esses fatores facilitam a aproximação com a comunidade. Dessa forma, é essencial assegurar que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os procedimentos e atividades realizadas nas Unidades de Saúde e na comunidade. Isso colabora para uma atuação mais eficaz e alinhada com os objetivos do SUS (Rocha; Nunes; Pagotto, 2023).

Em pesquisa com profissionais que atuavam na ESF com a utilização do PCATool-Brasil, pesquisadores afirmaram que os fatores do atributo acesso de primeiro contato, como: barreiras geográficas, horário reduzido de funcionamento das unidades, dificuldades para marcação de consultas e extenso tempo de espera na unidade para ser atendido, refletem na redução do escore do atributo citado (Bispo *et al.*, 2020). Tal situação é preocupante para a APS, pois é por intermédio do acesso de primeiro contato que os profissionais da ESF realizam ações e proporcionam acessibilidade, longitudinalidade do cuidado e integralidade das pessoas.

Nesse contexto, destaca-se que usuários, trabalhadores e gestores são protagonistas na concretização do acesso aos serviços de saúde, na busca por principais pontos de exclusão ao acesso. Dessa forma, políticas de saúde são importantes para eliminar a barreira financeira entre os serviços de saúde e a comunidade, e construir uma rede de atenção que garanta o acesso

universal e integral; visto que as desigualdades de acesso são caracterizadas como um dos principais problemas enfrentados no funcionamento efetivo do SUS (Assis; Jesus, 2012).

Diante disso, busca-se aprofundar a análise do acesso universal na APS.

Considerando a lógica de organização da APS brasileira e seu foco no cuidado dos problemas mais prevalentes, dentre eles as DCNT e os fatores de risco associados, é necessária uma base sólida de evidências de cuidados, pautadas no conhecimento, as quais poderão potencializar o sucesso terapêutico mediante o acesso de primeiro contato (Brasil, 2013). Dessa forma, o objeto deste estudo propõe a análise sobre o acesso do usuário à APS na perspectiva dos profissionais de saúde com base no referencial teórico de Assis e Jesus (2012).

A organização da RAS é sustentada na capacidade de os serviços de saúde darem respostas às demandas dos usuários, para isso, é importante o fortalecimento da porta de entrada na AP, no intuito de garantir o atendimento nos diferentes níveis de complexidade (Assis; Jesus, 2012).

Nessa perspectiva, a avaliação do acesso na ótica dos profissionais que atuam neste serviço é importante para a reformulação de políticas públicas específicas à APS que contemplem mudanças no atual cenário, a fim de estabelecer formas de comunicação entre usuários e profissionais. Além de poder apresentar informações necessárias para avaliação do SUS como porta de entrada. Com isso, busca-se responder ao seguinte questionamento: Como se configura o atributo acesso de primeiro contato na APS na perspectiva dos profissionais de saúde?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Analisar o atributo de acesso na perspectiva dos profissionais de saúde.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil profissiográfico dos profissionais da APS;

- Correlacionar os atributos do PCATool com as cinco dimensões do modelo de acesso universal (Assis & Jesus, 2012): política, econômico-social, técnica, simbólica e organizacional;
- Desenvolver um infográfico direcionado para profissionais e gestores com estratégias para visualizar as barreiras de acesso na APS;

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O ACESSO COMO ATRIBUTO ESSENCIAL NA APS

Para que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa ordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS), é fundamental reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e organizá-las em relação aos demais pontos de atenção. Isso contribui para que a programação dos serviços de saúde seja orientada pelas necessidades das pessoas, fortalecendo o planejamento ascendente (Brasil, 2017).

A APS é considerada a porta de entrada preferencial do SUS. Ela desempenha um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o ordenamento e a efetivação da integralidade dos cuidados. Para alcançar esse objetivo, é essencial que a APS tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado, além de incorporar tecnologias leves, intermediárias e avançadas (diagnósticas e terapêuticas). Além disso, a articulação da APS com os demais pontos da RAS é fundamental para garantir uma assistência integrada e de qualidade (Brasil, 2017).

No Brasil, por meio da Lei nº 8.080/90, foi criado o SUS, regulamentando que é dever do Estado garantir a saúde através de políticas econômicas que visem à redução de riscos e doenças, além de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação das pessoas (Brasil, 1990).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica - AB e APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Dessa forma, a APS é o ponto da rede entendida como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Nesse sentido, a atenção primária possui como principal tarefa a elucidação do problema do paciente e de informações que resultam em um diagnóstico e manejo apropriado (Brasil, 2017).

Um dos marcos teóricos mais utilizados para a demarcação conceitual do acesso na APS é o de Bárbara Starfield (2002). Com o intuito de orientar a organização da APS e avaliar o desempenho dos serviços ofertados, a pesquisadora, propõe eixos estruturantes da APS, nomeados como atributos os quais refletem em sua avaliação o desempenho dos serviços. Dessa forma, pode-se conceituar quatro atributos essenciais dos serviços de APS: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação da atenção. O acesso de primeiro contato refere-se à acessibilidade do serviço de saúde como o

local de cuidado a cada problema ou novo episódio de enfermidade que não seja emergência e/ou urgência médica (Starfield, 2002).

Em relação aos atributos essenciais, a acessibilidade considera várias dimensões para identificar fatores que podem facilitar ou dificultar o acesso de primeiro contato aos serviços de saúde. Isso inclui considerações como a distância até a unidade de saúde, o método de agendamento de consultas e o tempo de espera para atendimento, entre outros aspectos relevantes. Garantir uma abordagem acessível é fundamental para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde e atender às necessidades da população de forma eficaz (Pinho *et al.*, 2020)

Evidências indicam que características peculiares da APS, ou seja, seus atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação de cuidado) associados às características da APS brasileira como a territorialidade, o trabalho em equipe, a responsabilidade sanitária e a equipe multiprofissional podem contribuir para o controle das doenças, dentre elas as DCNT e os fatores de risco associados (Brasil, 2013; Brasil, 2019).

Para avaliar os atributos da APS, pesquisadores utilizam o instrumento de Avaliação da Atenção Primária autoaplicável chamado *Primary Care Assessment Tool* - PCATool. Que se constitui de um questionário validado e adotado pelo MS, originalmente publicado, em 2010 para avaliar os atributos da APS no Brasil e tem sido usado como ferramenta nacional de avaliação das ESF (Brasil, 2020).

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade, estrutura, processos e resultados de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Essa ferramenta de domínio público e adotada pela OMS, é um questionário autoaplicável, estruturado, e que empiricamente mede os atributos essenciais e derivados da APS. Apresenta originalmente versões destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais e gestores de serviços de saúde. Sua importância reside na inexistência de outros instrumentos validados que objetivem mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados de APS em diferentes serviços de saúde nacionais, disponibilizando uma ferramenta que permita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade (Brasil, 2020).

Empregando essa ferramenta, um estudo realizado na APS da Paraíba com usuários do sexo masculino, apresentou resultado negativo no que diz respeito ao acesso de primeiro contato, eles obtiveram baixo escore em relação a esse atributo, visto que a população estudada considerou o serviço pouco orientado para a atenção primária. Os participantes relataram uma barreira a não abertura do serviço de saúde nos finais de semana e a não abertura em algum dia

da semana até pelo menos as 20 horas. Tais circunstâncias evidenciam a necessidade de reestruturação dos horários de atendimento para que o sistema seja mais acessível e haja integralidade à saúde (Alves *et al.*, 2020)

De acordo com estudos de Bispo *et al.* (2020) e Perillo *et al.* (2020), observa-se nas vistas dos usuários e profissionais, que o atributo acesso apresenta escore abaixo do esperado, mediante o serviço de saúde não estar aberto sábado ou domingo, ou algum dia da semana até as 20h.

A avaliação da APS é prioridade para o MS que busca desenvolver estratégias de pesquisa no país, no intuito de avaliar os resultados alcançados, bem como a organização e qualidade dos serviços de saúde (Bispo *et al.*, 2020).

As desigualdades de acesso são um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione de maneira efetiva e para que a APS se faça resolutiva. No intuito de compreender as políticas públicas e sua execução envolvendo a gestão como tomada de decisão, a participação da sociedade e as práticas operadas no dia a dia dos serviços de saúde, Assis e Jesus (2012) apresentaram um modelo de análise sobre o acesso universal aos serviços de saúde, que tomam as seguintes dimensões: política, econômico-social, técnica, organizacional e simbólica.

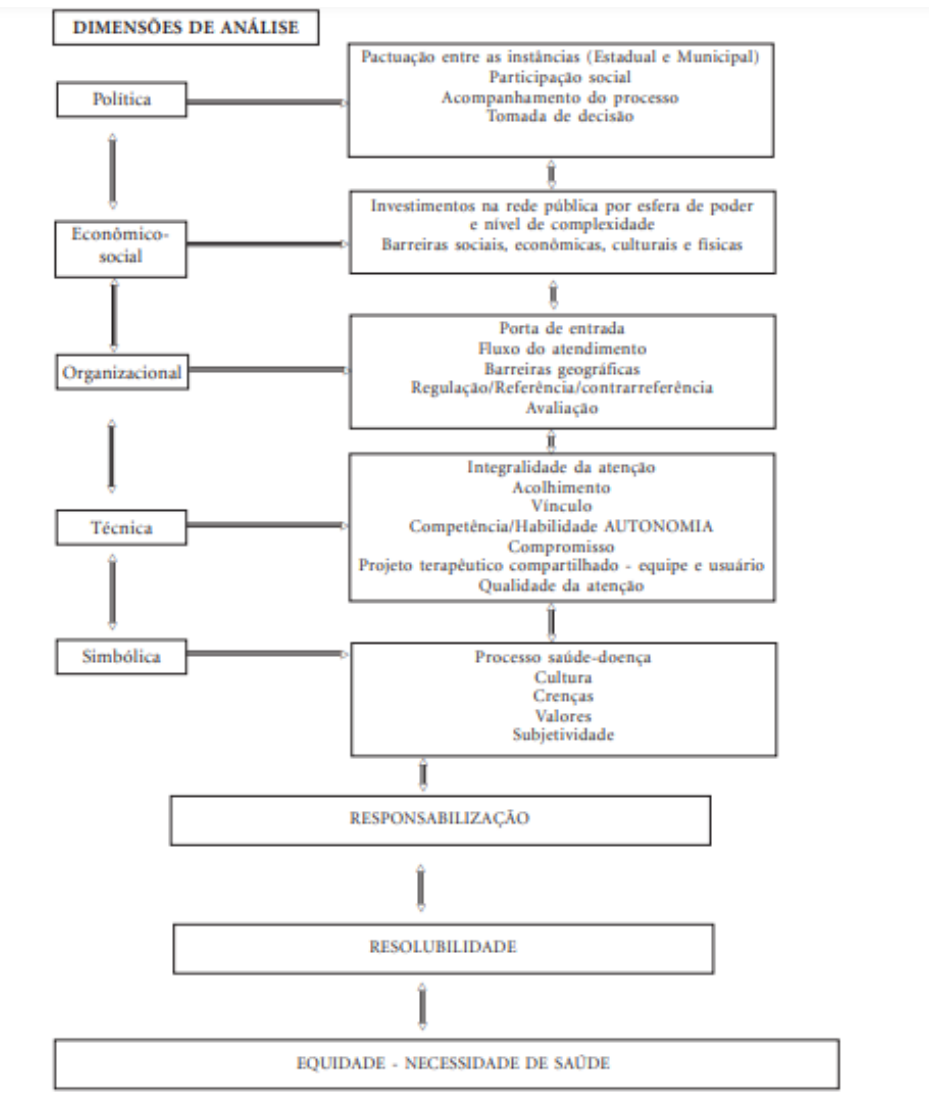


Figura 1. Modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde.  
 Fonte: Assis e Jesus (2012).

No tocante à dimensão política, esta procura evidenciar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde, a pactuação entre as instâncias de poder, envolvendo governo, sociedade, instituições formadoras de recursos humanos de saúde através do acompanhamento do processo e tomada de decisão partilhada (Assis; Jesus 2012).

Com relação à dimensão econômico-social, esta pode ser analisada de acordo com os investimentos na rede pública por nível de complexidade e com a definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder. Isso possibilita a identificação de barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas para que se alcance a equidade na organização dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade (Assis; Jesus 2012).

A dimensão técnica busca responsabilizar os trabalhadores de saúde, envolvendo gestores, prestadores públicos e privados e centralizando o usuário do SUS no processo da atenção à saúde. Para que isso ocorra busca-se o acolhimento, vínculo e autonomia da equipe e usuário, indicando um projeto terapêutico compartilhado (Assis; Jesus 2012).

A dimensão relacionada à organização da rede de saúde fundamenta-se na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas que sejam objetivas aos problemas demandados pelos usuários. Dessa forma é prioritário fortalecer a “porta de entrada” no nível básico da atenção, organizando os fluxos de atendimentos a partir das demandas epidemiológica, sanitária e social (Assis; Jesus 2012).

A última dimensão de análise do acesso, a simbólica, diz respeito à subjetividade em sua dinâmica relacional, a qual envolve a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que habitam diferentes territórios (Assis; Jesus 2012).

Para ampliar o acesso de primeiro contato e a resolutividade dos serviços de saúde, é importante ampliar todos os aspectos propostos por Assis e Jesus (2012), além de estabelecer horários alternativos de funcionamento por meio das instâncias de participação social. No entanto, é fundamental que esses horários atendam às necessidades da população e não ultrapassem a carga horária mínima estabelecida para o funcionamento da UBS, que geralmente é de 30 horas semanais (Brasil, 2017).

A APS desempenha um papel crucial no SUS como a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde. As equipes que atuam nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, construindo respostas para suas demandas e necessidades de forma universal e sem diferenciações excludentes. Portanto, ao flexibilizar os horários, é importante considerar as necessidades específicas da comunidade, sempre respeitando a carga horária mínima estabelecida para o funcionamento da UBS (Brasil, 2017).

Na Atenção Primária, o acesso de primeiro contato expressa a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários (Oliveira; Pereira, 2013). O conceito de acesso retrata a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde (Oliveira, Pereira, 2013). A facilidade desse acesso à APS é importante para a diminuição da mortalidade e morbidade devido a maior utilização de práticas preventivas, eficiência no cuidado (Brasil, 2017).

Para garantir uma coordenação eficaz do cuidado e ampliar o acesso à APS é possível definir parâmetros populacionais específicos com base em características territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmicas comunitárias. Isso pode incluir a decisão de ter um número

menor de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF). Essa estratégia visa melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (Brasil, 2017).

Para que as equipes de APS alcancem seu potencial máximo, é fundamental adotar estratégias que permitam definir um amplo escopo de serviços a serem oferecidos nas UBS. Esses serviços devem ser compatíveis com as necessidades e demandas de saúde da população atendida, seja por meio da Estratégia Saúde da Família. Além disso, é importante que essas equipes atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. A oferta de ações e serviços na APS deve considerar políticas e programas prioritários, bem como as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social (Brasil, 2017).

Ao mesmo tempo, enfrentamos o desafio de aperfeiçoar a estrutura dos serviços de saúde. Isso envolve investir em infraestrutura adequada, incluindo equipamentos e recursos humanos, formação contínua de profissionais de saúde e gestores, direcionando-os para os atributos essenciais da APS e para as necessidades específicas da população. Para alcançar esse objetivo, é importante adotar abordagens inovadoras, como a educação a distância, que contribuirão para aprimorar tanto a qualidade dos cuidados clínicos quanto as ações coletivas. Além do mais, a qualificação dos processos de organização e gestão é crucial, bem como, promover o trabalho em equipe multiprofissional para otimizar o cuidado oferecido, visando sempre aumentar a efetividade e o acesso da APS (Facchini; Tomasi; Dilelio, 2018).

No contexto das abordagens inovadoras para cuidar de condições crônicas, duas estratégias se destacam: autocuidado apoiado e gerenciamento clínico, ambos impulsionados pelo uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). Essas abordagens visam acompanhar, educar e capacitar as pessoas que enfrentam DCNT. Além de oferecer conhecimento para as demandas sociais de cuidados, favorecer o acesso a informações via redes de comunicação em diferentes contextos sociais e tendem o avanço na implementação de políticas na prática do cuidado em saúde (Lino *et al.*, 2023). Dessa forma, a utilização das TICs pode ser um auxílio na coleta de informações sobre o acesso na APS, além de ser empregada em educação permanente e no atendimento à distância dos pacientes em horários que a APS não esteja em atendimento presencial.

Logo, o acesso é mais que a porta de entrada ao serviço de saúde, ele é essencial e se configura como uma série de fatores que em conjunto levam ao fortalecimento do cuidado e a melhoria na qualidade de vida das pessoas; visto que se elas são assistidas, orientadas e seus problemas respondidos. Além de haver a prevenção de agravos e abranger também o aspecto econômico, relativo aos gastos do usuário com o serviço. Dessa forma, o fortalecimento do

atributo acesso é essencial na resolutividade de problemas de saúde, na melhoria da qualidade de vida e no impacto positivo para a APS, pois quando esse atributo não é bem compreendido e tem uma má avaliação, pode-se perceber que a APS tem muitas falhas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 PROJETO MATRIZ**

O presente estudo está inserido em uma pesquisa matriz intitulada “Programa de formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás” - QualiDCNT. Este projeto integra a Chamada do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS) nº 28/2020.

A proposta da pesquisa matriz visou desenvolver atividades que integrem a pesquisa, extensão e formação de gestores e profissionais da APS na organização e qualificação do cuidado às pessoas (Pagotto, 2021).

Considerando que a formação e qualificação na APS estão associados à garantia da equidade, integralidade e universalidade no SUS, essa proposta foi organizada em quatro eixos: (i) análise diagnóstica situacional, (ii) formação, (iii) avaliação e (iv) difusão e tradução do conhecimento, articulando diferentes profissionais, setores e cenários com vistas ao cumprimento do preceito da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (Pagotto, 2021).

Nesse sentido, o presente estudo se enquadra no eixo diagnóstico situacional, o qual visa subsidiar os gestores na avaliação da qualidade do cuidado às pessoas e organização do processo de trabalho na APS, que auxiliarão na tomada de decisão na implementação de prevenção e controle dos agravos.

## 4.2 TIPO DE PESQUISA

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Os estudos transversais são estudos observacionais que analisam dados de uma população em um único ponto no tempo. Eles são frequentemente usados para medir a prevalência de resultados de saúde, entender os determinantes da saúde e descrever características de uma população (Wang; Cheng, 2020).

## 4.3 LOCAL DE ESTUDO

O projeto QualiDCNT foi desenvolvido no Estado de Goiás, que se localiza na região Centro-Oeste do Brasil. O estado possui 246 municípios, área territorial de 340.242,856 km<sup>2</sup>, população estimada de 7.056.495 habitantes e uma densidade demográfica de 20,74 habitantes/Km (IBGE, 2022). Em 2022 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estadual foi de 0,737, ocupando o 10º lugar no ranking nacional. O rendimento *per capita* médio foi de R\$ 2.017 (IBGE, 2022).

Em 2019, Goiás apresentou uma cobertura da ESF de 66,0% e da APS de 72,9%, na capital Goiânia a cobertura da ESF foi de 42,6% e da APS foi de 56,4% (Brasil, 2020b).

O Estado de Goiás está dividido em 18 regionais e cinco macrorregiões de saúde (SES, 2022): Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste. A capital do estado de Goiás é Goiânia, que possui área territorial de 729,296 Km<sup>2</sup> e população estimada de 1.437.366 pessoas (IBGE, 2022).

De acordo com os critérios de elegibilidade do projeto QualiDCNT foram escolhidos 84 municípios. Para este estudo, estimou-se um total de 549 equipes, multiplicado por 2 (1 médico e 1 enfermeiro por equipe), estimando-se em 1098 profissionais (Quadro 1).

## 4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A população base desta investigação foi composta por profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) atuantes nas equipes de APS dos municípios do estado de Goiás elegíveis para

compor o estudo do projeto QualiDCNT. Mesmo sabendo que os cirurgiões dentistas fazem parte da ESF eles não entraram no estudo, devido ao instrumento do PCATool para esses profissionais ser específico e não foi aplicado.

Quadro 1 - Número estimado de profissionais a serem entrevistados na pesquisa. Goiás, 2022.

Municípios	Nº UBSF	Nº total de equipes	Nº equipes selecionadas para pesquisa	Nº estimado profissionais a serem entrevistados *
Abadiânia	3	13	6	12
Adelândia	1	3	1	2
Águas Lindas de Goiás	3	36	18	36
Alexânia	8	24	10	20
Alto Horizonte	2	5	2	4
Anhanguera	1	2	1	2
Aparecida de Goiânia	44	11	85	170
Aporé	1	3	1	2
Araçu	2	6	2	4
Araguapaz	3	6	3	6
Arenópolis	2	5	2	4
Aruanã	2	6	2	4
Bela Vista de Goiás	10	24	10	20
Bom Jardim de Goiás	3	6	3	6
Bom Jesus de Goiás	6	16	6	12
Bonfinópolis	4	8	4	8
Britânia	2	3	2	4
Buriti Alegre	3	6	3	6
Buriti de Goiás	1	3	1	2
Cachoeira Alta	5	12	5	10
Caçu	5	7	6	12
Caldazinha	1	4	2	4
Campinorte	5	11	5	10
Campo Alegre (não enviou informações)				
Catalão	16	15	11	22
Cavalcante	3	7	4	8
Ceres	7	16	7	14
Cezarina	4	9	4	8
Cocalzinho de Goiás	5	12	7	14
Córrego Do Ouro	1	3	1	2
Cristalina	19	36	15	30
Cristianópolis	1	2	1	2
Cromínia	2	5	2	4
Damolândia	1	4	1	2
Edealina	1	5	2	4

Formosa	5	11	25	50
Gameleira de Goiás	2	6	2	4
Goianápolis	4	10	4	8
Goianésia	27	42	21	42
Goianira (não enviou informações)	-	-	-	-
Goiânia	83	366	190	380
Goianira	2	5	19	38
Heitoraí	7	16	1	2
Hidrolândia	6	13	7	14
Indiara	10	15	5	10
Ipameri	1	3	9	18
<b>Municípios</b>	<b>Nº UBSF</b>	<b>Nº total de equipes</b>	<b>Nº equipes selecionadas para pesquisa</b>	<b>Nº estimado profissionais a serem entrevistados *</b>
Iporá	9	18	8	16
Israelândia	1	3	1	2
Ipiranga de Goiás	3	5	3	6
Itarumã	11	7	2	4
Jandaia	1	50	3	6
Jataí	3	4	21	42
Mairipotaba	2	8	1	2
Marilândia	7	2	4	8
Mimoso De Goiás	2	37	1	2
Mineiros	2	4	20	40
Montes Claros	3	6		
Montividiu	4	4	4	8
Mossâmedes	1	9	2	4
Mozarlândia	2	7	4	8
Mundo Novo	4	5	3	6
Mutunópolis	2	3	2	4
Nova América	2	3	1	2
Nova Aurora	2	4	1	2
Ouro Verde De Goiás	1	5	2	4
Ouvidor	1	22	2	4
Padre Bernardo	7	6	9	18
Paranaiguara	1	10	3	6
Petrolina de Goiás	3	17	5	10
Piracanjuba	7	15	7	14
Pirenópolis	10	11	8	16
Pontalina	1	3	5	10
Porteirão	12	5	1	2
Professor Jamil	5	2	2	3
Rio Verde	7	50	15	30

Santa Rita do Novo Destino	1	5	2	4
Santo Antônio da Barra	2	4	2	4
São Miguel do Passa Quatro	1	4	2	4
São Simão	24	11	5	10
Senador Canedo	2	77	35	70
Serranópolis	8	4	2	4
Três Ranchos	26	3	1	2
Trindade	2	57	32	64
Varjão	1	3	1	2
Vianópolis	5	11	5	10
Vicentinópolis	4	6	3	6
Vila Boa	2	4	2	4
TOTAL:			549	1.098

Notas: \*Estimativa considerando que cada ESF tem um médico e um enfermeiro. Dessa forma, a estimativa de profissionais foi calculada da seguinte forma: número de equipes selecionadas para a pesquisa x 2.

Fonte: Gomes; Pagotto (2023).

#### 4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram elegíveis neste estudo todos os profissionais médicos e enfermeiros, que atuavam nas UBS dos municípios selecionados e que responderam o questionário completo. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados, bem como aqueles que não responderam após três tentativas de contato pela equipe de pesquisadores.

#### 4.5 COLETA DE DADOS

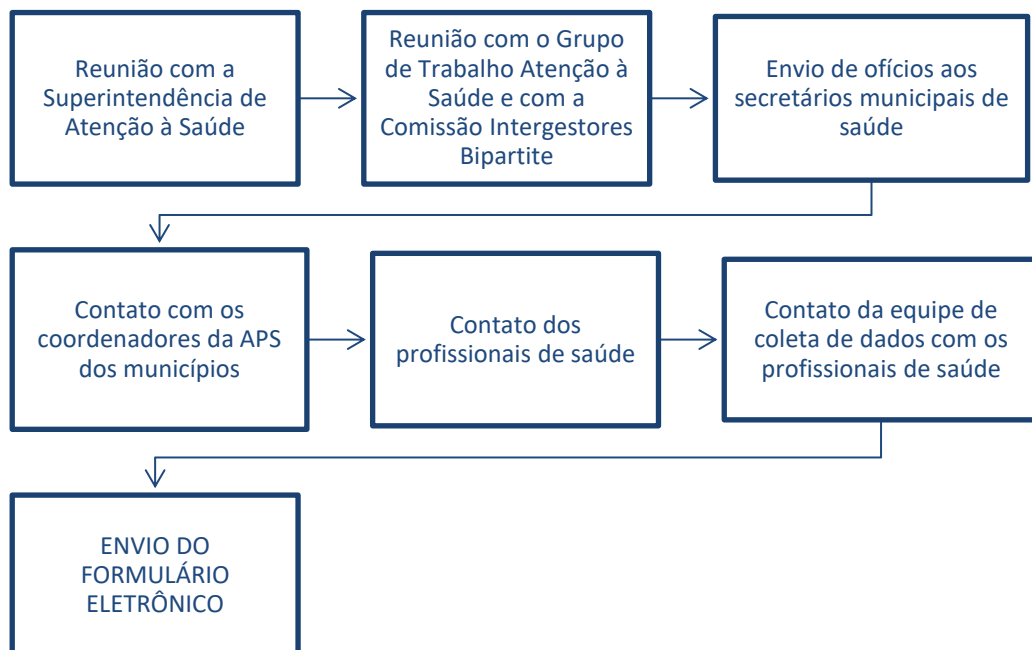
Em setembro de 2021, teve início a articulação com os municípios para pactuação da proposta. Primeiramente, houve a articulação da coordenação do projeto matriz com a Superintendência de Atenção à Saúde (SAS) do estado de Goiás, em que na ocasião, foi pactuado que a coordenação do projeto faria a apresentação do projeto na Reunião do Grupo de Trabalho Atenção à Saúde e Reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), instâncias em que participam gestores municipais.

Posteriormente a essa etapa, foram enviados ofícios aos secretários de saúde dos municípios. Na sequência, os coordenadores da APS desses locais, foram contactados por meio de ligação telefônica, em que foram repassadas todas as informações sobre a projeto e solicitado os contatos de médicos e enfermeiros das UBS, para que a equipe iniciasse a coleta de dados.

A coleta de dados aconteceu entre setembro de 2021 a junho de 2022, conforme o seguinte fluxograma (figura 2). Os dados foram coletados através do preenchimento de um formulário eletrônico (Apêndice A), que foi encaminhado aos profissionais de saúde por aplicativo de mensagens e/ou e-mail. Após sete dias foi realizada ligação telefônica para verificar se o participante tinha alguma dúvida sobre o projeto.

Após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), que está anexado no próprio formulário, os participantes foram direcionados para as perguntas, que contém questões sobre o perfil sociodemográfico, laboral e de qualificação profissional (sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na unidade, categoria profissional, instituição de formação, pós-graduação e tipo de capacitação nos últimos 12 meses), além dos instrumentos PCATool - Brasil, versão profissional.

Figura 2 - Fluxograma de coleta de dados.



Fonte: elaborado pela autora.

Figura 3 - Convite enviado aos profissionais de saúde durante a coleta de dados.



Fonte: Pagotto, 2021.

#### 4.5.1 Instrumento de coleta de dados

##### *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*

O PCATool é um questionário validado e adotado pelo MS, originalmente publicado, em 2010 para avaliar os atributos da APS no Brasil e tem sido usado como ferramenta nacional para avaliação da APS (Brasil, 2020).

O instrumento possui questões divididas em 9 componentes de acordo com os atributos essenciais e derivados do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - PCATool (Brasil, 2020).

O PCATool-Brasil é um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*) que apresenta versões autoaplicáveis destinadas a adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e coordenadores/ gerentes do serviço de saúde, que

mede a presença e extensão de atributos essenciais e derivados da APS, atribuindo uma nota padronizada de 0 a 10 (chamada de “escore”) para cada atributo individual e para a média destes (“escore geral”). Configura-se como um modelo de avaliação que se fundamenta na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Esse instrumento, já validado em outros países, recebeu no Brasil o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil (Brasil,2020).

O Instrumento de avaliação da Atenção Primária para profissionais médicos e enfermeiros, versão extensa, é constituído por 111 itens distribuídos em oito componentes relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde, cada um desses componentes possuem um leque de perguntas, que buscam apresentar todas as interfaces daquele atributo avaliado, conforme mostrado no Quadro 2:

Quadro 2 - Atributos, componentes e itens do PCATool Brasil – Para profissionais médicos e enfermeiros – Versão extensa.

<b>Atributo da APS</b>	<b>Componente da APS</b>	<b>Itens</b>
<b>Acesso primeiro contato</b>	Acessibilidade	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9
<b>Longitudinalidade</b>	Longitudinalidade	B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13
<b>Coordenação</b>	Integração de cuidados	C1, C2, C3, C4, C5, C6
<b>Coordenação</b>	Sistemas de Informações	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8
<b>Integralidade</b>	Serviços disponíveis	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, E21, E22
<b>Integralidade</b>	Serviços prestados	F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F17, F18
<b>Orientação Familiar</b>	Orientação Familiar	G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14
<b>Orientação Comunitária</b>	Orientação Comunitária	H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15, H16, H17, H18, H19, H20, H21

Fonte: Brasil, 2020.

Os questionamentos contidos no PCATool retratam situações relacionadas aos atributos e componentes da atenção primária, devendo ser respondida de acordo com a vivência e percepção. Seguindo a proposta original de Starfield (2002) as respostas das questões foram elaboradas a partir do modelo de escala de Likert, onde tem-se opções de resposta “com certeza

sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não”, “com certeza não” e “não sei ou não lembro” que correspondem respectivamente aos valores 4, 3, 2, 1 e 9, considerada com escala de Likert.

Os valores atribuídos às respostas são: (1=4), (2=3), (3=2), (4=1). O resultado desses valores forma os escores, que são obtidos pela soma dos valores de cada resposta referente a um componente ou atributo, dividido pela quantidade total de itens desse mesmo componente ou atributo. Os resultados obtidos apontam a classificação de cada item, podendo ser “alto” se igual ou maior que 6,6 e “baixo” quando for inferior ao mesmo valor. Escores com valores altos evidenciam a presença e extensão dos atributos da atenção primária, indicando assim a presença de serviços mais bem orientados por esse nível de atenção à saúde (Brasil, 2020).

O PCATool foi utilizado na pesquisa com os profissionais da APS de Goiás utilizando o instrumento na versão extensa.

Foi incluído no questionário de coleta de dados questões sobre o perfil sociodemográfico (idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, ocupação e tempo que reside na localidade).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados do questionário foram analisados no *software* estatístico R (R version 4.1.2; Vienna, Austria) (R Core Team, 2021) com pontos de corte de acordo com o manual técnico do PCATool. Técnicas de análise descritiva foram realizadas. Na análise descritiva, as variáveis quantitativas foram apresentadas como média, desvio padrão, mediana, percentil 25 (P25) e percentil 75 (P75). Calculou-se ainda o intervalo de confiança de 95% (IC95%) para média dos atributos da APS. Uma vez que o estudo incluiu duas populações (médicos e enfermeiros), avaliamos as diferenças estatísticas das características sociodemográficas, profissiográficas e escores dos atributos.

As variáveis qualitativas foram apresentadas como frequências absolutas (n) e relativas (%). Para isso foi realizada a verificação da normalidade univariada dos 111 itens do PCATool através do teste de Anderson-Darling, posteriormente, usamos o teste de normalidade multivariada de Henze-Zirkler.

Para a análise das dimensões de acesso universal (Assis & Jesus, 2012) foi realizada Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Os testes de qui-quadrado de *Pearson* e o teste *t* de *Student* para amostras independentes foram usados para comparação das variáveis qualitativas e quantitativas, respectivamente.

A AFC é um método de análise que permite a verificação de ajustes entre os dados observados e um modelo hipotetizado, o qual é baseado na teoria que especifica as relações causais hipotéticas entre fatores latentes (variáveis não observáveis) e suas variáveis indicadoras (observáveis). Dessa forma, na AFC o pesquisador deve especificar diversos aspectos do modelo fatorial, tais como, o número de fatores e o padrão das cargas fatoriais, determinando diferentes modelos alternativos para encontrar o que mais se ajusta aos dados e que tenha suporte teórico (León, Fachel, 2011).

#### 4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICO-LEGAIS

Este trabalho faz parte do projeto QualiDCNT que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), atendendo à Resolução 466/2012, a qual rege que todo estudo realizado com pessoas e toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um CEP (Anexo A). O projeto QualiDCNT foi aprovado pelo CNPQ, disposto na chamada CNPQ/MS/SAPS/DEPROS N 28/2020 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás sob o nº: 5.053.058.

O sigilo dos nomes dos sujeitos envolvidos na pesquisa estará garantido pelos pesquisadores. Os participantes foram informados quantos aos riscos, benefícios da pesquisa e confidencialidade e sigilo das informações. Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes que mantiveram interesse em participar do estudo, procederam com o aceite.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Foram elegíveis 84 municípios do Estado de Goiás, no entanto, 97,6% (n=82) aceitaram participar do estudo, e destes, 57,3% (n=47) houveram profissionais de saúde que responderam ao PCATool- Brasil. Dessa maneira, a amostra foi composta de 308 profissionais da saúde e a média de idade foi 37,5 anos (desvio padrão=9,6); média do tempo de formação foi de 9,4

(desvio padrão=8,0) e o tempo de atuação na APS foi de 6,5 anos (desvio padrão=6,3). Dos 308 profissionais 118 eram médicos e 190 eram enfermeiros (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados demográficos e profissiográficos dos profissionais de saúde (n=308). Goiás, Região Centro-Oeste do Brasil, 2024.

Variáveis	N (%)	Média (Dp)	Mediana (P25-P75)
Idade	-	37,5 (9,6)	35,5 (31-43)
Sexo			
Feminino	255 (82,8)	-	-
Masculino	53 (17,2)	-	-
Raça/cor da pele/etnia			
Branca	134 (43,5)	-	-
Parda	148 (48)	-	-
Preta	19 (6,2)	-	-
Amarela	7 (2,3)	-	-
Instituição de formação			
Pública	87 (28,2)	-	-
Privada	221 (71,8)	-	-
Tempo de formação	-	9,4 (8,0)	8 (0,2-46)
Possui ou está cursando Pós-graduação			
Sim	237 (76,9)	-	-
Não	71 (23,1)	-	-
Vínculo empregatício			
Estatutário	108 (35,1)	-	-
Contratado	180 (58,4)	-	-
Bolsa de Residência	20 (6,5)	-	-
Tempo de atuação na APS	-	6,5 (6,3)	4 (1,8-10)
Área de Atuação da UBS			
Urbana	237 (76,9)	-	-
Rural	16 (5,2)	-	-
Urbana/Rural	55 (17,9)	-	-
Tempo no cargo de gestão	-	4,7 (5,4)	3 (0,9-7)

Legenda: Desvio Padrão (Dp); percentual 25 (P25); percentual 75 (P75).

## 5.2 ANÁLISE DO DESEMPENHO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

O quadro 3 apresenta a síntese da média dos itens de cada atributo. Com o objetivo de organizar os resultados os itens foram classificados como insatisfatório quando a média foi entre 0 e 1,5; aceitável com média entre 1,6 a 3,0; e, satisfatório quando a média foi entre 3,1 a 4,0. Apenas o item “A1” que questiona se o “serviço de saúde está aberto sábado e/ou domingo” foi considerado como insatisfatório pelos profissionais de saúde. Além disso, a integralidade

dos serviços prestados foi o atributo mais bem avaliado, uma vez que a maioria de seus itens enquadraram-se como satisfatório.

Quadro 3: Classificação da média dos itens de cada atributo da APS, segundo avaliação dos profissionais de saúde que responderam ao PCATool-Brasil. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.

Atributos	Classificação da média dos itens de cada atributo		
	Insatisfatório (0 a 1,5)	Aceitável (1,6 a 3,0)	Satisfatório (3,1 a 4,0)
Acesso de primeiro contato	A1	A2, A7, A6, A5	A4, A9, A8, A3
Longitudinalidade		B8, B11, B10, B13, B4, B9, B7, B12	B1, B3, B6, B5, B2
Coordenação - Integração de cuidados		C5, C1	C6, C2, C3, C4
Coordenação de sistemas de informações		D6, D5, D7, D4	D8, D2, D1, D3
Integralidade – Serviços disponíveis		E13, E14, E18, E9, E19	E11, E12, E5, E4, E3, E22, E7, E1, E8, E20, E16, E2, E21, E6, E10, E15, E17
Integralidade - serviços prestados		F9, F17, F16	F3, F4, F8, F18, F10, F12, F14, F2, F15, F11, F5, F13, F6, F1, F7
Orientação familiar		G4, G8, G6, G10, G7	G14, G12, G13, G9, G5, G1, G3, G11, G2
Orientação comunitária		H11, H10, H18, H12, H21, H14, H8, H15, H19, H20, H5, H17	H13, H3, H2, H4, H6, H7, H16, H9, H1

Foi realizada análise da normalidade univariada dos 111 itens do PACTool-Brasil pelo teste de Anderson-Darling, o que demonstrou que todos os itens apresentaram desvios de normalidade ( $p < 0,001$ ) e isso sugere ausência de normalidade multivariada dos dados. Empregou-se o teste de Henze-Zirkler que confirmou ausência de normalidade multivariada dos dados ( $H = 1.000$ ;  $p < 0,001$ ).

Após isso foi aplicado o modelo de Análise Fatorial Exploratória (AFE) para verificar a estrutura fatorial do PCATool- Brasil e avaliar o acesso aos serviços de saúde. O modelo foi ajustado como de primeira ordem com três dimensões latentes correlacionadas (organizacional, técnico e simbólico) e os 111 itens do PCATool-Brasil.

A tabela 2 mostra os itens com carga fatorial  $< 0,30$  (Brasil, 2020) que foram excluídos por não contribuírem com as dimensões teóricas no modelo de acesso universal.

Tabela 2: Itens do PCATool- Brasil que foram excluídos das dimensões ao utilizar o Modelo de Análise Fatorial Exploratória. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.

Dimensões/Itens	Carga Fatorial ( $< 0,30$ )	Valor de p
<b>Organizacional</b>		

A9-Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	0,214	<0,001
B1-No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)?	0,224	<0,001
C4-Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?	0,232	<0,001
D3-Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende?	0,255	<0,001
E15-Exame preventivo para câncer de colo do útero	0,137	<0,001
E17-Cuidados pré-natais	0,083	<0,001
F6-Níveis de colesterol	0,285	<0,001
H18-Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	0,112	0.061
H19-Vínculos com serviços/organizações religiosas	0,098	0.099
H21-Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde	-0,065	0.280
<b>Técnica</b>		
B2-Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes?	0,231	<0,001
B3-Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta?	0,265	<0,001
B5-Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas?	0,229	<0,001
B6-Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?	0,256	<0,001
B13-Você sabe a respeito de todos os medicamentos que os seus pacientes estão tomando?	0,278	<0,001
C1-Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?	0,293	<0,001
C3-Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	0,256	<0,001
D1-Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores?	0,274	<0,001
D2-Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?	-0,020	0.725
<b>Simbólica</b>		
B10-Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente?	0,299	<0,001
H2-Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida?	0,284	<0,001
H20-Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias	-0,014	0.812

A seguir, os itens com carga fatorial <0,40 foram removidos do modelo final. Este modelo apresentou os seguintes índices de qualidade de ajuste:  $\chi^2$ : 8.614,874; *graus de liberdade*: 2.207;  $p < 0.001$ ; CFI: 0,934; TLI: 0,932; NFI: 0,913 e RMSEA: 0.068 [IC90%: 0.049; 0.088]), sugerindo boa qualidade de ajuste. Permaneceram os itens com carga fatorial  $\geq 0,40$ , o que indica que contribuem para os constructos teóricos do modelo de acesso universal (tabela 3).

Tabela 3: Modelo final dos itens do PCATool-Brasil relacionados as dimensões do acesso universal. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.

Dimensões	Itens	Estimativa	EP	CF	IC95%		p
					LI	LS	
Organizacional	A4	0,443	0,060	0,443	0,325	0,560	<0,001
	A5	0,509	0,052	0,509	0,407	0,611	<0,001

	A6	0,400	0,059	0,400	0,284	0,517	<0,001
	A7	0,412	0,059	0,412	0,296	0,528	<0,001
	B4	0,525	0,054	0,525	0,420	0,630	<0,001
	C5	0,488	0,055	0,488	0,379	0,596	<0,001
	D5	0,538	0,054	0,538	0,432	0,645	<0,001
	D6	0,545	0,050	0,545	0,446	0,644	<0,001
	E4	0,636	0,048	0,636	0,541	0,730	<0,001
	E5	0,651	0,047	0,651	0,559	0,744	<0,001
	E7	0,801	0,036	0,801	0,731	0,871	<0,001
	E8	0,827	0,042	0,827	0,744	0,909	<0,001
	E9	0,475	0,056	0,475	0,365	0,585	<0,001
	E13	0,561	0,052	0,561	0,459	0,663	<0,001
	E14	0,512	0,054	0,512	0,407	0,618	<0,001
	E18	0,472	0,056	0,472	0,362	0,582	<0,001
	E22	0,711	0,048	0,711	0,617	0,806	<0,001
Técnica	E1	0,567	0,049	0,567	0,471	0,664	<0,001
	E3	0,620	0,040	0,620	0,541	0,698	<0,001
	E12	0,531	0,043	0,531	0,448	0,615	<0,001
	E16	0,538	0,052	0,538	0,436	0,639	<0,001
	E19	0,527	0,042	0,527	0,444	0,610	<0,001
	E20	0,757	0,036	0,757	0,686	0,828	<0,001
	E21	0,647	0,041	0,647	0,567	0,727	<0,001
	F1	0,596	0,057	0,596	0,484	0,708	<0,001
	F2	0,666	0,041	0,666	0,585	0,747	<0,001
	F3	0,572	0,044	0,572	0,486	0,658	<0,001
	F4	0,697	0,034	0,697	0,630	0,764	<0,001
	F5	0,560	0,053	0,560	0,457	0,663	<0,001
	F8	0,714	0,034	0,714	0,647	0,782	<0,001
	F9	0,553	0,042	0,553	0,471	0,634	<0,001
	F10	0,737	0,032	0,737	0,673	0,801	<0,001
	F12	0,626	0,042	0,626	0,544	0,708	<0,001
	F13	0,602	0,052	0,602	0,500	0,705	<0,001
	F14	0,684	0,037	0,684	0,612	0,755	<0,001
	F15	0,658	0,041	0,658	0,577	0,738	<0,001
	F16	0,690	0,032	0,690	0,628	0,752	<0,001
	F17	0,730	0,030	0,730	0,672	0,788	<0,001
	F18	0,693	0,036	0,693	0,623	0,763	<0,001
	G1	0,542	0,046	0,542	0,452	0,632	<0,001
	G3	0,616	0,043	0,616	0,532	0,701	<0,001
	G4	0,641	0,036	0,641	0,570	0,712	<0,001
	G11	0,635	0,040	0,635	0,557	0,713	<0,001
	G12	0,671	0,033	0,671	0,605	0,736	<0,001
	H4	0,591	0,042	0,591	0,509	0,673	<0,001
H6	0,566	0,046	0,566	0,476	0,656	<0,001	
H7	0,627	0,039	0,627	0,550	0,704	<0,001	
H8	0,656	0,036	0,656	0,586	0,726	<0,001	
H9	0,629	0,043	0,629	0,546	0,713	<0,001	
H10	0,680	0,032	0,680	0,616	0,743	<0,001	

Simbólica	H11	0,769	0,025	0,769	0,721	0,817	<0,001
	H12	0,660	0,033	0,660	0,595	0,725	<0,001
	H13	0,681	0,034	0,681	0,613	0,748	<0,001
	H14	0,760	0,026	0,760	0,709	0,811	<0,001
	H15	0,711	0,031	0,711	0,650	0,773	<0,001
	H16	0,484	0,053	0,484	0,380	0,588	<0,001
	D7	0,454	0,049	0,454	0,359	0,550	<0,001
	G2	0,656	0,050	0,656	0,558	0,755	<0,001
	G5	0,739	0,036	0,739	0,668	0,810	<0,001
	G6	0,711	0,033	0,711	0,646	0,776	<0,001
	G7	0,803	0,026	0,803	0,753	0,853	<0,001
	G8	0,734	0,030	0,734	0,676	0,793	<0,001
	G9	0,834	0,026	0,834	0,782	0,885	<0,001
	G10	0,849	0,024	0,849	0,803	0,896	<0,001
	G13	0,865	0,025	0,865	0,817	0,914	<0,001
	G14	0,806	0,031	0,806	0,746	0,866	<0,001
	H3	0,754	0,045	0,754	0,666	0,841	<0,001

Legenda: Carga Fatorial (CF); Erro Padrão (EP); Intervalo de Confiança de 95% (IC95%); Limite Inferior (LI); Limite Superior (LS).

A dimensão organizacional no modelo final foi composta por 17 itens, com a maioria dos itens do atributo “integralidade dos serviços disponíveis” e do “acesso primeiro contato”. A dimensão técnica foi composta por 40 itens, sendo em sua maioria do atributo “integralidade - Serviços Prestados” e “orientação comunitária”. Já a dimensão simbólica teve 10 itens significativos, dos quais predominância dos atributos “orientação familiar e orientação comunitária”.

Após confirmação do modelo teórico pela AFC, procedeu-se o cálculo dos escores globais e de cada dimensão teórica do modelo de análise: acesso universal aos serviços de saúde. O escore médio global foi de 6,5; enquanto o mediano de 6,6. A dimensão organizacional apresentou a menor pontuação média e mediana entre os três constructos teóricos (5,3 e 5,2, respectivamente) (Tabela 4).

Tabela 4: Análise descritiva dos escores globais e das dimensões teóricas do acesso aos serviços de saúde. Goiás, Região Centro-Oeste, Brasil, 2024.

Dimensão	Média	DP	Mediana	Mín-Máx	P25-P75
Organizacional	5,3	1,84	5,2	0,9-9,8	4,1-6,4
Técnica	7,1	1,45	7,3	2,0-9,6	6,2-8,2
Simbólica	7,1	1,94	7,0	0,6-10,0	6,0-8,6
Global	6,5	1,49	6,6	1,2-9,8	5,5-7,6

Legenda: Desvio Padrão (Dp); mínimo (Mín); máximo (Máx); percentual 25 (P25); percentual 75 (P75).

## 6 DISCUSSÃO

Os escores baixos do atributo de “acesso de primeiro contato” estão em consonância com outros contextos, sendo considerados um pouco melhores e bem aquém de estudos realizados em outros contextos nacionais (Coelho *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2020; Gomes *et al.*, 2023; Maia *et al.*, 2020; Nascimento *et al.*, 2023;; Petter *et al.*, 2024). Destaca-se na avaliação do atributo de acesso as melhores performances para verificar se o paciente adoecido é atendido no mesmo dia quando busca o serviço de saúde aberto, bem como o que questiona sobre a facilidade em marcar uma consulta de revisão. Os valores mais críticos foram para os itens sobre acesso aos finais de semana e à noite, sendo esta uma ratificação do viés do PCATool versão brasileira, nesse aspecto, visto que o funcionamento para os referidos períodos não condiz com a realidade de rotina das unidades de APS no país<sup>16</sup>.

Durante a avaliação do acesso na perspectiva do modelo conceitual de acesso universal utilizando o instrumento validado PCATool, foi possível confirmar que dos 111 (cento e onze) itens do instrumento, 67 (sessenta e sete) apresentaram carga fatorial  $\geq 0,40$  capaz de contribuir com os constructos teóricos em 3 (três) das 5 (cinco) dimensões do modelo. Levando em consideração o entendimento ampliado de acesso discutido por Assis & Jesus (2012) e que abarca a diversidade de abordagens sobre o tema, o contexto do sistema de saúde brasileiro, bem como as políticas de equidade. É possível inferir que avaliar o acesso e conseqüentemente a efetividade do serviço na APS no Brasil, a partir do PCATool, pode não refletir a realidade dos serviços e usuários, bem como pode enviesar a tomada de decisão política.

O modelo teórico (Assis & Jesus, 2012) e suas dimensões compreendem para além da perspectiva de acessibilidade (estrutura) e utilização (processo) apresentada por Starfield<sup>3</sup> e avança sobre a ideia dos quatro modelos teóricos apresentados e discutidos por Giovanella e Fleury (1996): modelo economicista – oferta e demanda, modelo sanitarista-planificador – possibilidade de consumo, modelo sanitarista-politicista – consciência sanitária e modelo das representações sociais - interação do usuário com o serviço de saúde. O modelo de acesso universal proposto por Assis & Jesus, 2012 envolve a gestão, a participação social, a organização dos serviços, a atuação dos trabalhadores, e os componentes simbólicos e representacionais no atendimento às necessidades em saúde.

Ao realizar a AFC final para confirmar as dimensões de acesso universal a partir do PCATool, observou-se que na dimensão organizacional os atributos de Integralidade – Serviços Disponíveis, Acesso de primeiro contato, Coordenação – sistemas de informação,

Longitudinalidade e Coordenação – integração de cuidados confirmaram o constructo, com destaque para o atributo de Integralidade – Serviços Disponíveis com maior número de itens e com maiores cargas fatoriais. A dimensão teórica organizacional está sustentada na capacidade dos serviços de saúde em dar respostas aos problemas de saúde dos usuários por meio de uma porta de entrada fortalecida, fluxos de atendimento bem demarcados, garantia de atendimentos nos diferentes pontos da rede por meio de uma regulação efetiva, enfrentamento das barreiras geográficas, territoriais e sociais (Assis & Jesus, 2012). A extensão do atributo de Integralidade – Serviços Disponíveis na APS reafirma a dimensão teórica por ser entendido como o leque dos serviços que a APS pode prestar, disponibilizar ou encaminhar o usuário e representa o eixo central para a operacionalização dos outros atributos, assumindo um caráter regulador por definir fluxos, funcionamentos, necessidade de expansão e organização para o cuidado ao usuário e sua família (Prates *et al.*, 2017; Brasil, 2020; Da Rosa *et al.*, 2022).

Na análise da dimensão técnica a confirmação do constructo pelo PCATool aconteceu pela extensão dos atributos Integralidade – Serviços Prestados, Orientação Comunitária, Integralidade – Serviços Disponíveis, Orientação Familiar e Coordenação – Sistemas de Informação com destaque para os dois primeiros. Tendo a dimensão técnica como pressupostos o usuário no centro do processo de atenção à saúde, são essenciais ações que promovam o acolhimento, vínculo, autonomia dos sujeitos envolvidos e estabelecimento de projeto terapêutico compartilhado (Assis & Jesus, 2012). Os atributos da Integralidade – Serviços Prestados e Orientação Comunitária convergem na perspectiva da atenção integral, bem como no reconhecimento por parte dos profissionais e gestores das necessidades de saúde da comunidade para o planejamento de ações e cuidados conjuntos (Brasil, 2020).

A consonância dos constructos teóricos com a extensão dos atributos de Integralidade – Serviços Prestados e Orientação Comunitária evidencia a Saúde da Família (SF) como modelo essencial na consolidação da APS e diferencia esta estratégia de outros modelos assistenciais, por ter como premissas a atenção integral por meio de acolhimento e vínculo e pelo protagonismo do usuário no centro do cuidado. Além de reforçar a necessidade de investimentos na ampliação e consolidação da SF com melhores condições de trabalho, melhores vínculos trabalhistas e com qualificação dos profissionais.

A AFC mostrou também que no tocante a dimensão simbólica a carga fatorial dos atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária confirmaram o constructo, com destaque para a Orientação Familiar com maior quantidade e maiores cargas fatoriais. A dimensão simbólica envolve a compreensão do processo saúde-doença, cultural, crenças e

valores de sujeitos e grupos sociais em diferentes territórios de abrangência dos serviços (Assis & Jesus, 2012). No tocante ao atributo derivado de Orientação Familiar sua extensão se relaciona com o reconhecimento do contexto familiar como potencialmente determinante no cuidado e na saúde, levando em consideração a avaliação das necessidades individuais para a atenção integral (Brasil, 2020). A AFC reafirma que a APS, especialmente por meio da SF permitiu aos profissionais de saúde compreenderem o espaço físico, social, cultural, epidemiológico e comportamental dos indivíduos que vivem em coletividade, os quais influem no processo saúde-doença (Figueira *et al.*, 2020; Brunelli *et al.*, 2021).

Na análise dos escores globais dos constructos teóricos, o escore da dimensão organizacional recebeu a menor média (5,3), bem abaixo da média global das três dimensões (6,5). Na perspectiva dos profissionais, a partir do PCATool, o acesso no tocante à dimensão organizacional é a mais frágil quando se fala em acesso universal aos serviços de saúde. Isso mostra que as políticas públicas e de financiamento devem investir no fortalecimento da porta de entrada do usuário no sistema por meio da APS, na organização dos fluxos e garantia de atendimento na rede de atenção a partir das necessidades de saúde de povos e territórios, entre outros no enfrentamento e eliminação das barreiras de acesso (geográficas, sociais, institucionais, raciais, étnicas, entre outras) e investir na avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços prestados para melhoria da assistência.

Salienta-se que a triagem feita pela AFC pode ter ajustado o agrupamento dos atributos *versus* dimensões, conceituando os escores de maneira compatível com a realidade dos serviços de saúde brasileiro, visto que revelou e evidenciou a necessidade de melhoria no que tange à “porta de entrada”, envolvendo fluxos gerais de atendimentos e o acesso dentro dos limites socioespaciais, realidade esta, bem discutida por diversos autores (Travassos *et al.*, 2004; Tesser *et al.*, 2018; Bispo *et al.*, 2020).

É preciso considerar ainda que as dimensões política e econômica-social do modelo teórico não foram contempladas, nem mesmo confirmados pelos itens investigados pelo PCATool versão profissionais. A dimensão política do modelo teórico busca evidenciar o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal, isso envolve a tomada de decisão compartilhada entre os diferentes atores do processo decisório, governo, sociedade civil, trabalhadores, prestadores de serviço e instituições formadoras (Assis & Jesus, 2012). Já a dimensão econômica-social faz destaque para os investimentos e financiamentos na saúde e suas esferas de responsabilidade, mas reforça que a avaliação da dinâmica de investimentos deve ocorrer pela análise das demandas sociais, culturais e físicas

das necessidades em saúde por meio da participação ativa e democrática dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde (Assis & Jesus, 2012).

A participação social e o controle social são uma realidade brasileira, exemplo para o mundo todo. Desde a constituinte de 1988 e das Leis Orgânicas 8080 e 8142/90 a participação social no SUS está definida como princípio norteador. As instâncias de controle social no SUS e a lógica da gestão compartilhada por meio dos conselhos de saúde e das conferências de saúde se configuram em estruturas de enfrentamento e luta pela melhoria dos serviços de saúde e se apresentam como instâncias contra hegemônicas de democracia e participação popular. Os profissionais de saúde precisam compreender a importância dessas instâncias não só para a melhoria da assistência prestada ao usuário, mas também para a melhoria nas condições de trabalho. Ao participarem e ao estimularem a participação dos usuários, os profissionais fortalecem a tomada de decisão compartilhada, participam da gestão do sistema de saúde, direcionam as políticas públicas e os investimentos para as reais necessidades de saúde dos territórios, exercem a cidadania e fortalecem esse valioso instrumento político social.

#### Limitação:

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e depois de toda articulação feita pelo projeto QualiDCNT, dos 84 municípios que foram elegíveis, dois municípios se recusaram a participar e um total de 47 (55,9%) tiveram profissionais de saúde entrevistados nessa investigação. Embora, tenham sido utilizadas diversas estratégias para estimular a participação de municípios e profissionais, a coleta de dados ocorreu no contexto da pandemia e ainda a extensão do formulário, podem ter sido dificultadores para a adesão dos profissionais.

## 7 CONCLUSÃO

Os profissionais investigados por meio do PCATool representam o cenário nacional de trabalhadores do SUS, majoritariamente feminino, pardas, advindos de instituições particulares de ensino, com vínculos precários de trabalho. Embora tenham sido utilizadas diversas estratégias para a coleta de dados, o contexto da pandemia e a extensão do formulário foram empecilhos para a adesão dos profissionais, mesmo assim 308 respostas confirmaram o estudo.

A análise dos escores do PCATool foram convergentes com os analisados em diferentes contextos e cenários brasileiros, destacando o baixo escore atribuído pelos profissionais no atributo de acesso de primeiro contato – acessibilidade. Considerando os vieses identificados nos itens do atributo que não condizem com a realidade da política pública brasileira, mesmo assim é preciso direcionar o olhar para as diferentes barreiras existentes no acesso dos usuários aos serviços de saúde, em uma perspectiva ampliada sobre acesso.

O modelo conceitual de Assis et al<sup>3</sup> apresenta cinco dimensões estruturantes do acesso universal aos serviços de saúde – política, econômico-social, organizacional, técnica e simbólica – com direcionamento para a responsabilização, resolubilidade e equidade. Ao analisar o acesso na perspectiva deste modelo conceitual utilizando como instrumento de investigação o PCATool foi possível evidenciar as principais demandas apontadas pelos profissionais no que tange o acesso na APS, bem como foi possível avaliar o escopo de investigação do instrumento PCATool, validado e utilizado no Brasil como referência para pesquisas na APS.

O PCATool, versão profissionais, e seus itens confirmaram os constructos teóricos nas dimensões organizacional, técnica e simbólica destacando os atributos Integralidade, Orientação Comunitária e Orientação Familiar como os de maior carga fatorial de confirmação. Essa análise evidencia que o acesso se dá pela garantida da porta de entrada capaz de oferecer uma atenção integral caracterizada pela centralidade do cuidado no usuário, com acolhimento e vínculo, por meio de fluxos organizados de atendimento em todos os pontos da rede de atenção.

A dimensão organizacional se mostrou a mais frágil na avaliação dos escores globais das dimensões o que demonstra a necessidade de investimentos no fortalecimento da porta de entrada no serviço de saúde, na organização do serviço e fluxos de atendimento, bem como no enfrentamento das barreiras de acesso.

A ausência de itens investigados pelo PCATool que confirmassem os constructos teóricos das dimensões política e econômica social mostraram a fragilidade do instrumento em avaliar a realidade do sistema de saúde brasileiro, que tem como princípio norteador e constitucional a participação social, bem como instâncias de controle social capazes de envolver usuários, trabalhadores, gestores e prestadores na tomada de decisão e na gestão em saúde, aproximando ainda mais os serviços das demandas e dos territórios no exercício da cidadania.

Ao analisar o acesso na APS na perspectiva dos profissionais este estudo amplia a concepção e o entendimento sobre como se configura o acesso, evidencia as dimensões que englobam e caracterizam o acesso no serviço de saúde brasileiro e apresenta caminhos para avaliação da política pública de saúde no Brasil alicerçada nos seus princípios e diretrizes doutrinários e norteadores.

Além disso, esse estudo demonstra que acesso nos serviços de saúde está ligado não somente à disponibilidade dos serviços de saúde ou à sua utilização. Acesso está diretamente ligado a forma como o serviço é oferecido, o quanto ele se aproxima das necessidades de saúde das populações e territórios, o quanto as políticas de investimento e financiamento fortalecem a porta de entrada – APS. Acesso precisa ser discutido de forma compartilhada entre os diversos atores em saúde, por meio das instâncias de controle social e participação social e especialmente o acesso se dá no enfrentamento das barreiras existentes sejam elas geográficas, sociais, econômicas e institucionais.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, R. S.; MONTEIRO, D. L. A.; LUZ, A. D. P. R. G.; OLINDA, R. A. D.; PADILHA, W. W. N. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200128, 2020.
- ALVES, A.N.; COURA, A.S.; FRANÇA, I.S.X.; MAGALHAES, I.M.O.; ROCHA, M.A.; ARAUJO, R.S.; Acesso de primeiro contato na atenção primária: uma avaliação pela população masculina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.23, ed.2, p. 1-13, 2020.
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210300, 2022.
- ARRUDA, V. L. *et al.* Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2699-2708, 2021.
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, ed. 11, p. 2865-2875, 2012.
- BARBOSA, S. D. P.; COELHO, K. A.; CARVALHO, L. M. D.; SARRIA, B.; SANTOS, R. C. D.; CAVALCANTE, R. B. Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1, p. 395-403, 2019.
- BARBOSA, S. P.; DE AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga–MG. **Revista de APS**, v. 11, n. 4, 2008.
- BARRA, J. F. *et al.* Acessibilidade na atenção primária: como avaliam os profissionais de saúde?. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.
- BASTOS, G. B. P. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, durante a pandemia da COVID-19 utilizando o PCATool-Brasil versão profissionais**. 2022. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2022.
- BEZERRA, T. A. R. *et al.* O genograma como método de identificação de riscos em família atendida pela USAFA Noêmia em Praia Grande - SP. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 14, n. 3, 2022.
- BISPO, G.M.B.; RODRIGUES, Q.M.D.; CARVALHO, A.C.O.; LISBOA, K.Q.S.C.; FREITAS, R.W.J.F.; DAMASCENO, M.M.C.; Avaliação do acesso de primeiro contato na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n.2, p. 1-7, 2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 397 de 16 de março de 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397\\_16\\_03\\_2020.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html) Acesso em: 19 Abr 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013, 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-Gestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica**: Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 13 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro DE 1990**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080). Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 23 abr. 2024.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: [https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-GM\\_MS-No-3.493-DE-10-DE-ABRIL-DE-2024-PORTARIA-GM\\_MS-No-3.493-DE-10-DE-ABRIL-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf](https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-GM_MS-No-3.493-DE-10-DE-ABRIL-DE-2024-PORTARIA-GM_MS-No-3.493-DE-10-DE-ABRIL-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf). Acesso em 01 ago. 2024.

BRASIL. 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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PCATool\\_2020.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/PCATool_2020.pdf). Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Relatórios de produção. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriogestao/index>. Acesso em 13 abr. 2023.

BRASIL. Vigitel. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 137 p.

BRUNELLI, B. *et al.* Orientação Comunitária: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2768-2768, 2021.

CAPILHEIRA, M.; SANTOS, I. S. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1143-1153, 2011.

- CARLO, F. S.; OLIVEIRA, L. R.; ANDRADE, A. C. S. Tendência e diferenças regionais de homicídios masculinos por arma de fogo em um estado da Amazônia Legal, Brasil. **Población y Salud en Mesoamérica**, v. 18, n. 2, p. 301-328, 2021.
- CARNEIRO, M. S. M.; MELO, D. M. S.; GOMES, J. M.; PINTO, F. J. M.; SILVA, M. G. C. D. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 279-295, 2014.
- CARVALHO, F.C.; BERNAL, R.T.I.; PERILO, R.D.; MALTA, D.C. Associação entre avaliação positiva da atenção primária à saúde e características sociodemográficas e comorbidades no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, ed. 25, 2022.
- CASTRO, R. C. L.; KNAUTH, D. R.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; DUNCAN, B. B. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1772-1784, 2012.
- COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciências em saúde coletiva**, v. 26, ed. 9, 2021.
- CONILL EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Debate**, v. 24, ed. 1, p.7-27, 2008.
- CORRÊA, R. D.; LEITE, I. C. G. Qualificação em Medicina de Família e Comunidade e orientação comunitária da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, p. e027, 2022.
- COSTA, M. A.; ALVES, M. T. S. S. D. B.; BRANCO, R. M. P. C.; CASTRO, W. E. C.; RAMOS, C. A. M. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e190628, 2020.
- D'AVILA, O. P.; PINTO, L. F. D. S.; HAUSER, L.; GONÇALVES, M. R.; HARZHEIM, E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 855-865, 2017.
- DA COSTA GOMES, L. C. P. *et al.* Construção de um guia para preenchimento dos indicadores do previne Brasil no prontuário eletrônico do cidadão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 308-319, 2024.
- DA CUNHA BELO, C. E. *et al.* Organização do cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade no Estado do Rio de Janeiro: o olhar de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 17, p. e69119-e69119, 2022.
- DA ROSA TOLAZZI, J.; GRENDENE, G. M.; VINHOLES, D. B. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde através da Primary Care Assessment Tool: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, 2022.
- DE OLIVEIRA, M. *et al.* Avaliação de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca do atributo orientação familiar. **Enfermagem Brasil**, v. 21, n. 5, p. 583-595, 2022.

DE PAULA, C. C. *et al.* Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 31084-31084, 2015.

DE SOUSA ARCI, M. *et al.* PCATOOL: à procura de um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 14, n. 89, p. 13248-13263, 2024.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q.* v. 44, p.166, Part 2, 1966.

DOS SANTOS, M. A. Q. F. *et al.* Auditoria de enfermagem: aspectos da qualidade da assistência e do seu registro no prontuário. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 2, p. e33-e33, 2020.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, p. 15-43, 2016.

DURIGON, V. *et al.* Práticas educativas de promoção ao uso racional de medicamentos na atenção primária à saúde. **Saberes Plurais**, v. 7, n. 2, p. e134054-e134054, 2023.

ERDMANN, A. L.; ANDRADE, S. R. D.; MELLO, A. L. S. F. D.; DRAGO, L. C. Secondary Health Care: best practices in the health services network. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

FACCNNI, L.A.; TOMASI, E.; DILELIO, A.S.; Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, p.208-223, 2018.

FERREIRA, M. R. L. *et al.* Coordenação e elenco de serviços para o manejo da tuberculose: ótica dos profissionais de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320111, 2022.

FERREIRA, V.; Oliveira, J. M. D., Maia, M. A. C., Santos, J. S., Andrade, R. D., & Machado, G. A. B. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. e20160104, 2016.

FIGUEIRA, M. C. *et al.* Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 491-503, 2020.

FURLANETTO, D. L. C. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1851-1863, 2020.

GARCIA, M. C. M.; BARRA, J. F.; ANDRADE, É.; COELHO, A. D. C. O. Avaliação da acessibilidade na atenção primária à saúde na perspectiva dos gerentes. **HU Revista**, v. 45, n. 3, p. 283-288, 2019.

GEREMIA, D. S. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. e300100, 2020.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 490-498, 2005.

GLERIANO, J. S. **Perfil profissional, formação e tecnologia leve no trabalho de profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde no município de Guarujá, S.P.**. 2014. 209 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Santos, Santos, 2014.

GOIÁS. **Dinâmica populacional de Goiás: análise de resultados do censo demográfico 2010- IBGE**. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento, 2010. Disponível em: <https://www.imb.go.gov.br/files/docs/publicacoes/estudos/2011/dinamica-populacional-de-goias-uma-analise-do-censo-2010-do-ibge.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GOMES, B.L.A.; PAGOTTO, V.; **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde e da capacidade institucional para o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis na visão de profissionais de saúde**. Dissertação de mestrado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 175p., 2023.

GRAMACHO, L. T; WELBY-BORGES, M. **A religião/espiritualidade na formação e prática de profissionais de saúde da atenção primária: uma revisão integrativa**. 2019. 106 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

GRIEP, R.; DALFOVO, V. T.; CAVALLI, L. O. Avaliação da atenção primária à saúde da criança por meio do primary care assessment tool (Pca-Tool) em unidades selecionadas de saúde da família de Cascavel/PR. **Revista Thêma et Scientia**, v. 10, n. 1E, p. 14-25, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e estados**. IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html>. Acesso em: 22 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013, 181 p.

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

JUSTO, C. M. *et al.* Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: a visão de usuários e profissionais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

LEÓN, D. A. D.; FACHEL, J. M. G. **Análise Fatorial Confirmatória através dos Softwares R e Mplus**. Monografia em estatística da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p. 97, 2011.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. D. C. D.; SOUZA, M. H. D. N.; PRIMO, C. C. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 275-280, 2016.

LINO IGT, OLIVEIRA RG, TESTON EF, FERREIRA PC, MARQUETE VF, MUSSI FC, et al. Disposição de enfermeiros para o uso do telemonitoramento em usuários com condições crônicas: estudo transversal. Lino IGT, Oliveira RG, Teston EF, Ferreira PC, Marquete VF, Mussi FC, et al. **Online Brazilian Journal Of Nursing**. v. 22, 2023.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ M. R.; FRANÇA, T. (Org.). O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. 1ª.ed. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, v. 1, p. 103-116, 2011.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A. D.; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; LEITE, G. R.; BARBOSA, M. A. The quality of primary care services, vocational training and the More Doctors Program in a health region of southwest Goiás. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200014, 2020.

MAPELLI, L. D. *et al.* Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. e20190461, 2020.

MARINHO, G. L.; OLIVEIRA, B. L. C. A. D.; CUNHA, C. L. F.; TAVARES, F. G.; PAZ, E. P. A. Enfermagem no Brasil: análises socioeconômicas com foco na composição racial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20201370, 2021.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C; PONTES, A. L. M. Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, 284 p.

NASCIMENTO, B. S. *et al.* Diabetes e hipertensão e a orientação familiar e comunitária como atributos da atenção primária à saúde. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 21, n. 11, p. 19068-19084, 2023.

OLIVEIRA, C.N.; OLIVEIRA, M.G.; AMORIM, W.W. et al. Physicians' and nurses' perspective on chronic disease care practices in Primary Health Care in Brazil: a qualitative study. **BMC Health Services Research**. ed. 22, p. 1-13, 2022.

OLIVEIRA, L. G. F. *et al.* Redes de atenção à saúde na atenção primária: o papel do acesso no cuidado integrado e coordenado. **Acesso à saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na atenção primária à saúde**, 2023.

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

PAGOTTO, V.; et al. **Programa de formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás**. UFG. 2021.

PERILLO, R.D.; BERNAL, R.T.I.; POÇAS, K.C.; DUARTE, E.C.; MALTA, D.C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do *Primary Care*

*Assessment Tool*-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. 1-13, 2020.

PERILLO, R.D.; BERNAL, R.T.I.; POÇAS, K.C.; DUARTE, E.C.; MALTA, D.C. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, ed.3, p. 961-974, 2021.

PETTER, Ê. B.; SOCCOL, K. L. S.; COLOMÉ, J. S.; DA SILVA, C. B.; DOS SANTOS, N. O. A integralidade no contexto da Atenção Primária à Saúde sob a perspectiva de enfermeiros. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 6, p. e6693-e6693, 2024.

PINHEIRO, D. C.; PEREIRA, R. D.; XAVIER, W. S. Impactos das cotas no ensino superior: um balanço do desempenho dos cotistas nas universidades estaduais. **Revista Brasileira de Educação**, v. 26, p. e260020, 2021.

PINHO, E.; DA CUNHA, T.; LEMOS, M.; FERREIRA, G.; LOURENÇÃO, L.; PINHEIRO H. *et al.* Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. **Enfermagem em Foco**. v. 11, 2020.

PLACIDELI, N. *et al.* Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 06, 2020.

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

PREFEITURA DE GOIÂNIA. **Decreto nº 1.854, de 31 de julho de 2019**. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, 2019. Disponível em: [https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete\\_civil/sileg/dados/legis/2019/dc\\_20190731\\_000001854.html](https://www.goiania.go.gov.br/html/gabinete_civil/sileg/dados/legis/2019/dc_20190731_000001854.html). Acesso em: 10 out. 2021.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 119-127, 2016.

ROCHA, B.S.; NUNES, C.A.B.; PAGOTTO, V. **Acesso aos Serviços e Educação em Saúde de Populações Rurais e Tradicionais**. Coleção: Caminhos para saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde. v.1, 2023.

ROMERO, R. B.; JORGE, L. F.; PEREIRA, A. C. A.; SILVA, P. S.; REZENDE FILHO, M. R.; LOYOLA, E. A. C.; SILVA, R. B. V.; SILVÉRIO, A. C. P. First Contact Access Evaluated by PCATool professional version in a pre-pandemic setting by COVID-19 from Alfenas, Sul de Minas Gerais. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e17812240094, 2023.

SANTOS, K. N. A. **Limites e possibilidades da religião/espiritualidade diante das práticas em saúde na comunidade: uma revisão integrativa**. 2015. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

SANTOS, N. A. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

- SCHOTT, M. *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Educação: Teoria e Prática**, v. 33, n. 66, p. e14, 2023.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Regiões de Saúde**. Goiânia: Prefeitura de Goiânia, 2024. Disponível em: <https://goias.gov.br/saude/regioes-de-saude/>. Acesso em 22, abr, 2024.
- SEHNEM, G. D. *et al.* Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. e19050-e190050, 2020.
- SILVA JÚNIOR, J. N. B. *et al.* Completude dos registros de enfermeiros no cuidado à pessoa com tuberculose: estudo de tendência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20210305, 2022.
- SILVA, S. A.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 979-987, 2015.
- SOUSA, A. I. *et al.* Avaliação da acessibilidade aos serviços de atenção primária à saúde na perspectiva dos profissionais. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e47069-e47069, 2020.
- SOUSA, J. O.; ALMEIDA, P. F. Atuação do agente comunitário de saúde em municípios rurais remotos do Semiárido: um olhar a partir dos atributos da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33044, 2023.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 710 p.
- STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; WONG-UN, J. A. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Rev APS**, v. 8, n. 1, p. 49-60, 2005.
- TESSER, A.D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T.B.; Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v.42, p. 361-378, 2018.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.
- WANG, X; CHENG, Z. Estudos Transversais Pontos fortes, pontos fracos e recomendações. **Chest journal**, v. 158, ed.1, p. 65-71, 2020.

## **PRODUTO TÉCNICO**

É essencial assegurar que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os procedimentos e atividades realizadas nas Unidades de Saúde e na comunidade, visto que contribui para uma atuação mais eficaz e alinhada com os objetivos do SUS. Além disso, a percepção dos profissionais de saúde com relação ao acesso à APS leva à uma análise situacional e identifica as lacunas na linha de cuidado às pessoas.

O produto técnico foi um infográfico (figura 4) resultante das análises desta pesquisa e objetivou mensurar o acesso universal a partir da estimativa dos escores das dimensões técnica, simbólica e organizacional com o questionário PCATool, a fim de nortear o trabalho dos profissionais para melhoria do acesso aos usuários no serviço de Atenção Primária. O público alvo deste infográfico são os médicos e enfermeiros da APS do Estado de Goiás.

Assim, o produto técnico está em formato digital com as sínteses principais dos resultados da pesquisa, afim de facilitar a visualização para que o profissional possa mensurar e abranger os itens que garantem a melhoria do acesso do usuário no serviço de saúde, podendo aperfeiçoar a sua APS de atuação. Esse material será enviado via e-mail para todos os participantes da pesquisa e será sugerida a colocação do panfleto, com link de acesso ao material completo, em murais das UBS participantes do projeto.



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

Souza, Leticia Cardoso Alves de  
Uma proposta de avaliação do acesso universal às pessoas com DCNT para profissionais de saúde [manuscrito] / Leticia Cardoso Alves de Souza. - 2024.  
XIV, 14 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Bárbara Souza Rocha; co-orientador Dr. Rafael Alves Guimarães.  
Produto Educacional (Stricto Sensu) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Profissional), Goiânia, 2024.  
Bibliografia.

1. Produto educacional. 2. Acesso universal. 3. Doenças crônicas não transmissíveis. I. Rocha, Bárbara Souza, orient. II. Título.

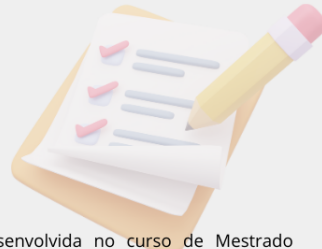
CDU 614

# SUMÁRIO



Descrição técnica do produto.....	4
Sobre os autores.....	5
Apresentação .....	6
Etapas da melhoria do acesso universal.....	7
Panfleto .....	12
Considerações Finais.....	13
Referências.....	14

# DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO



**Origem do produto:** Produção técnica desenvolvida no curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e resultado do trabalho de dissertação intitulado: "O acesso no cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária em Saúde na perspectiva dos profissionais."

**Autora da pesquisa:** Leticia Cardoso Alves de Souza.

**Orientadora da pesquisa:** Bárbara Souza Rocha.

**Área do conhecimento:** Ensino.

**Público alvo:** Profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária em Saúde do estado de Goiás.

**Finalidade:** Facilitar a visualização para que o profissional possa mensurar e abranger os itens que garantem a melhoria do acesso do usuário no serviço de saúde.

**Estruturação do Produto:** O produto foi organizado em cinco unidades: Apresentação, Etapas da melhoria do acesso universal, Panfleto, Considerações Finais e Referências.

**Avaliação do Produto:** O produto foi avaliado por dois docentes na banca de mestrado da área de enfermagem que atuam com ensino de Saúde Pública.

**Disponibilidade:** Irrestrita, preservando-se os direitos autorais, bem como a proibição do uso comercial do produto.

**Divulgação:** Em formato digital e em unidades da Atenção Primária em Saúde.

**Instituições envolvidas:** Universidade Federal de Goiás.

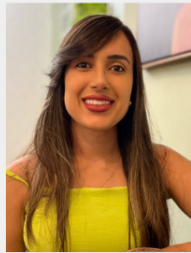
**Idioma:** Português.

**Cidade:** Goiânia.

**País:** Brasil.



## SOBRE OS AUTORES



**Leticia Cardoso Alves de Souza** é graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Goiás. Possui Residência multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia pelo Hospital das Clínicas (HC-UFG). Especialista em MBA Gestão em Saúde pela FEAC/USP. Especialista em Gestão em sala de aula no Ensino Superior e em Tecnologias digitais na educação pela Unifimes. É mestranda em Ensino na Saúde pela Faculdade de Medicina da UFG. Atualmente é docente no curso de medicina da Unifimes.



**Bárbara Souza Rocha** é graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Especialista em Auditoria de Serviços de Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Goiás. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEN/UFG. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da FEN/UFG. Participante do Programa de Desenvolvimento Docente para Educadores das Profissões da Saúde - Universidade Federal do Ceará - FAIMER. Especialista em Dinâmica de Grupo e Gestão de Equipes. Atualmente é docente na FEN/UFG e no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UFG. Coordenadora Adjunta da Tenda Paulo Freire no 19 SENADEn, 16SINADEn e 4CoBESM.



# APRESENTAÇÃO



## Prezado(a) profissional

A responsabilidade dos profissionais de saúde e gestores frente ao controle das DCNT, requer uma atuação ativa, o que se dá a partir do manejo baseado no conhecimento científico e inovador acerca das DCNT nas APS. Para atingir esse objetivo, é importante o aprimoramento de competências da equipe multiprofissional em saúde.

Sabemos que as DCNT representam um grande desafio à saúde pública e que o acesso adequado ao cuidado é fundamental para a prevenção e controle dessas doenças. Dessa forma, a APS desempenha um papel crucial no Sistema Único de Saúde (SUS) como a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde.

Assim sendo, o presente material pedagógico é a materialização de uma pesquisa aplicada, vinculada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde ofertado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, fruto da dissertação intitulada “ **ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS: CORRELAÇÕES ENTRE O PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL E O MODELO CONCEITUAL DE ACESSO UNIVERSAL** ”.

Trata-se de um Produto Técnico Educacional, orientado pela professora Dra. Bárbara Souza Rocha, no qual apresentamos uma sequência didática fundamentada nos pressupostos de Assis e Jesus (2012) sobre como melhorar o acesso universal das pessoas com DCNT na APS.

Acreditamos que o referido Produto Técnico Educacional possibilitará a associação entre teoria e prática, de forma que o profissional consiga relacionar conceitos já adquiridos, mas sem deixar de lado a particularidade de cada paciente. Colocaremos o panfleto nas APS com link de acesso à esse material.

Com isso, este material visa nortear o trabalho dos profissionais para melhoria do acesso aos usuários com DCNT no serviço de Atenção Primária.

Boa leitura!



# ETAPAS DE MELHORIA DE ACESSO UNIVERSAL

## 1. Enquetes



Realizar enquetes na APS é fundamental para garantir que os serviços de saúde oferecidos estejam alinhados com as necessidades e expectativas da população. Aqui estão alguns pontos que destacam a importância desse tipo de avaliação:

### 1. Identificação de Necessidades Específicas:

- Por meio das enquetes, é possível captar informações sobre as necessidades de saúde mais prementes da comunidade, como doenças prevalentes, serviços que estão em falta ou que precisam de aprimoramento.

### 2. Aprimoramento dos Serviços:

- Os dados coletados nas enquetes podem ser utilizados para modificar ou expandir os serviços oferecidos, garantindo que as APS atendam de forma eficaz às demandas da população.

### 3. Participação da Comunidade:

- As enquetes incentivam a participação ativa da comunidade na construção do sistema de saúde. Isso fortalece a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, promovendo um ambiente de colaboração.

### 4. Tomada de Decisões Baseada em Evidências:

- As informações coletadas ajudam gestores e profissionais de saúde a tomarem decisões informadas sobre políticas, alocação de recursos e desenvolvimento de programas, aumentando a eficiência do sistema de saúde.

### 5. Monitoramento de Tendências e Mudanças:

- Realizar enquetes periodicamente permite acompanhar as mudanças nas necessidades da população ao longo do tempo, ajudando a ajustar os serviços conforme as demandas evoluem.



# ETAPAS DE MELHORIA DE ACESSO UNIVERSAL



## 2. Visitas

Realizar visitas domiciliares é uma prática fundamental na APS e desempenha um papel crucial na identificação e manejo das DCNT. Aqui estão algumas razões que destacam a importância dessas visitas:

### 1. Conhecimento do Contexto Familiar:

- As visitas domiciliares permitem que os profissionais de saúde compreendam o contexto em que os pacientes vivem. Isso inclui identificar fatores sociais, econômicos e ambientais que podem impactar a saúde da família e contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de DCNT.

### 2. Identificação de Problemas de Saúde:

- Durante as visitas, os profissionais podem observar e avaliar problemas de saúde que talvez não sejam relatados durante consultas em unidades de saúde. Isso possibilita um diagnóstico mais completo e a identificação de necessidades específicas.

### 3. Educação e Orientação:

- As visitas são uma oportunidade para educar os pacientes e suas famílias sobre a importância do uso correto das medicações, como funcionam os tratamentos e quais são os efeitos esperados. Isso ajuda a prevenir complicações e promove a adesão ao tratamento.

### 4. Acompanhamento Contínuo:

- O contato regular com os pacientes permite um acompanhamento mais próximo e contínuo, facilitando a identificação precoce de problemas e a necessidade de ajustes no tratamento.



# ETAPAS DE MELHORIA DE ACESSO UNIVERSAL

## 3. Auditorias



Realizar auditorias periódicas dos prontuários médicos é uma prática essencial na APS, pois garante que os serviços de saúde oferecidos estejam de acordo com os padrões de qualidade e as necessidades dos pacientes.

### Importância das Auditorias Periódicas dos Prontuários

#### 1. Qualidade do Atendimento:

- As auditorias ajudam a garantir que os cuidados prestados aos pacientes sejam adequados, seguros e eficazes. Elas permitem verificar se os protocolos e diretrizes clínicas estão sendo seguidos corretamente.

#### 2. Identificação de Lacunas no Atendimento:

- Ao revisar os prontuários, é possível identificar falhas no atendimento, como exames não realizados, medicamentos não prescritos ou encaminhamentos não efetuados. Isso facilita a correção de erros e o aprimoramento da assistência.

#### 3. Aprimoramento Contínuo:

- As auditorias fornecem dados valiosos sobre a prática clínica, permitindo que as equipes de saúde reflitam sobre suas atividades e busquem oportunidades de melhoria. Isso contribui para a formação contínua dos profissionais.

#### 4. Avaliação de Desempenho:

- As auditorias permitem que os gestores avaliem o desempenho das equipes de saúde, identificando pontos fortes e áreas que precisam de apoio ou capacitação adicional.

#### 5. Segurança do Paciente:

- A análise dos prontuários ajuda a identificar potenciais riscos à segurança do paciente, como interações medicamentosas ou alergias não documentadas. Isso contribui para a promoção de um ambiente de cuidado mais seguro.



# ETAPAS DE MELHORIA DE ACESSO UNIVERSAL

## 4. Comunicação



Ampliar os meios de comunicação entre usuários e a equipe de saúde na APS é essencial para melhorar a qualidade do atendimento, facilitar o acesso à informação e promover uma relação de confiança. Com o uso de ferramentas como telefone, e-mail e outras plataformas digitais, é possível oferecer um atendimento mais eficaz, humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes. Essa estratégia não apenas beneficia os usuários, mas também contribui para a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde como um todo.

### 1. **Facilitação do Acesso à Informação:**

- Aumentar os canais de comunicação permite que os pacientes tirem dúvidas, solicitem informações sobre tratamentos e conheçam melhor os serviços disponíveis, facilitando o acesso à informação.

### 2. **Agilidade no Atendimento:**

- Com ferramentas como telefone e e-mail, os usuários podem agendar consultas, esclarecer dúvidas sobre medicações ou obter orientações sobre cuidados de saúde de forma mais rápida e eficiente, reduzindo filas e tempo de espera.

### 3. **Melhoria na Adesão ao Tratamento:**

- A comunicação regular com a equipe de saúde, por meio de lembretes e orientações via e-mail ou mensagens, pode aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, promovendo melhores resultados de saúde.



# ETAPAS DE MELHORIA DE ACESSO UNIVERSAL

## 5. POLÍTICAS PÚBLICAS



A importância das políticas públicas envolve o aumento do financiamento, articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), atendimento em horário estendido e a implantação de tecnologias digitais na APS.

### 1. Melhoria da Infraestrutura:

- O aumento do financiamento é crucial para melhorar a infraestrutura das unidades de saúde, garantindo que tenham os recursos necessários para oferecer um atendimento de qualidade.

### 2. Contratação de Profissionais:

- Com mais recursos, é possível contratar mais profissionais de saúde, reduzindo a carga de trabalho dos já existentes e aumentando a disponibilidade de atendimento.

### 3. Maior Acesso ao Atendimento:

- O atendimento em horário estendido permite que mais pessoas tenham acesso aos serviços de saúde, especialmente aqueles que trabalham durante o dia e têm dificuldade em comparecer às consultas regulares.

### 4. Redução da Demanda por Urgências:

- Com horários de atendimento mais flexíveis, há uma diminuição na sobrecarga das emergências e serviços de urgência, permitindo que os profissionais se concentrem em casos que realmente necessitam de atenção imediata.



A implementação eficaz dessas políticas contribui para a construção de um sistema de saúde mais robusto, eficiente e centrado nas necessidades dos usuários.



Panfleto

# COMO MELHORAR O ACESSO DAS PESSOAS COM DCNT NA APS ?



## ENQUETES

Realizar enquetes para identificar se os serviços oferecidos estão respondendo as necessidades da população

## VISITAS

Realizar visitas domiciliares para conhecer problemas da saúde que acometem a família do paciente e orientar sobre a importância das medicações em uso pelos pacientes



## AUDITORIAS

Realizar auditorias periódicas dos prontuários médicos, assegurando que os serviços indicados estão sendo fornecidos

## COMUNICAÇÃO

Ampliar meios de comunicação entre usuários e equipe, abrangendo uso de telefone, e-mail e outras ferramentas de comunicação



## POLÍTICAS PÚBLICAS

- Aumentar o financiamento
- Articulação da RAS
- Atendimento em horário estendido
- Implantação de tecnologias digitais

“O acesso universal engloba dimensões políticas, econômico-social, técnicas, organizacional e simbólica.”



## Considerações finais



É essencial assegurar que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os procedimentos e atividades realizadas nas Unidades de Saúde e na comunidade, visto que contribui para uma atuação mais eficaz e alinhada com os objetivos do SUS.

Além disso, a percepção dos profissionais de saúde com relação ao acesso à APS leva à uma análise situacional e identifica as lacunas na linha de cuidado às pessoas com DCNT.



## Referências



1. Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS): Lei de Responsabilidade Fiscal em Saúde.
2. MASSARD, C. (2019). Financiamento da Atenção Primária à Saúde: avanços e desafios. Cadernos de Saúde Pública, 35(8). DOI: 10.1590/0102-311X00187018
3. Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Rede de Atenção à Saúde: diretrizes e proposta. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: Portal da Saúde
4. SILVA, F. G. et al. (2020). A articulação da Rede de Atenção à Saúde na gestão do cuidado: um desafio para o SUS. Saúde e Sociedade, 29(1). DOI: 10.1590/s0104-12902020160532
5. BRASIL. (2017). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2016: Define normas para a organização do atendimento em horário estendido na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: Portal da Saúde
6. FREITAS, M. I. et al. (2019). Atendimento em horário estendido: uma proposta para a Atenção Primária à Saúde no Brasil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 14(41). DOI: 10.5712/rbmf14(41)1742
7. BRASIL. Ministério da Saúde. (2018). Estratégia de Saúde Digital para o SUS: O uso das tecnologias digitais na saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
8. PINTO, J. M. et al. (2020). Tecnologias digitais na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios. Saúde e Sociedade, 29(2). DOI: 10.1590/s0104-12902020160432



Figura 4. Produto Técnico Educacional  
Fonte: elaborado pela autora.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Apêndice 2 - Instrumento de coleta de dados

**Programa de Formação para organização e  
quali cação do cuidado às pessoas com Doenças  
Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária do  
Estado de Goiás**

\*Obrigatório

1. E-mail \*

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada "**Programa de formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás**".

O objetivo desta pesquisa é analisar a situação da organização do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), necessidades de formação dos profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), com objetivo de desenvolver estratégias para formação dos profissionais e gestores em DCNT em Goiás.

A sua participação é muito importante, pois a formação na gestão do cuidado às pessoas com DCNT na APS, é fundamental para redução dos efeitos negativos desses agravos. A finalidade desse trabalho é contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes e favorecer a formação profissional. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os participantes do estudo receberão como resultado dessa pesquisa, poderão ser visualizados como redefinição das ações e do plano de assistência às DCNT nos municípios, além da sua contribuição para a qualidade do cuidado às pessoas com DCNT na sua área de atuação profissional.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações contidas neste documento. Sua participação nesta pesquisa é voluntária. A sua participação na pesquisa se dará por meio do preenchimento de um questionário que terá duração aproximada de 30 minutos e acontecerá por via remota, por meio de formulário enviado para o seu e-mail ou whatsapp.

Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e serão divulgados apenas em meios científicos, sem identificação de participantes. É possível encontrar algum desconforto ao responder as perguntas, tais como cansaço e dificuldade de escolha quanto à opção de resposta que melhor reflete sua opinião. O Sr. (a) tem o direito de solicitar indenização em caso de danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa e não terá nenhuma despesa para participar. Também não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Todas as informações que serão colhidas para a pesquisa são sigilosas e em nenhum momento seu nome será divulgado, o que garante a sua privacidade. Você tem a liberdade de não aceitar participar desta pesquisa, de se recusar a responder questões que lhe causem desconforto emocional e/ou constrangimento, bem como de retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo da continuidade do estudo.

À percepção de qualquer risco ou danos aos participantes desta pesquisa, previstos ou não neste TCLE, o Sistema CEP/CONEP será imediatamente comunicado e ações para adequar ou suspender essa pesquisa serão tomadas para não prejuízo do participante.

Para qualquer informação que se faça necessária você poderá entrar em contato com a coordenadora do projeto Profa. Dra. Valéria Pagotto, através do telefone (62) 98137-4549 ou e-mail: [valeriapagotto@ufg.br](mailto:valeriapagotto@ufg.br). Se julgar conveniente, outro contato poderá ser feito com o Comitê de Ética em Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas nos telefones: (62) 35211215 ou pelo e-mail: [cep.prpi@ufg.br](mailto:cep.prpi@ufg.br).

2. Declaro que li as afirmações anteriores, tenho 18 anos ou mais, concordo com os termos do TCLE e aceito do processo de validação do questionário da pesquisa. \*

Marque apenas uma opção.

- Sim.
- Não. *Pule para a seção 12 (Obrigado por responder!)*

*Pule para a seção 12 (Obrigado por responder!)*

#### INFORMAÇÕES GERAIS.

3. Escreva seu nome e sobrenome: \*

\_\_\_\_\_

4. Telefone de contato, inclua o (DDD):

\_\_\_\_\_

5. Data de nascimento:

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

\_\_\_\_\_

6. Idade: \*

\_\_\_\_\_

7. Sexo \*

Marque apenas uma opção.

- Masculino.
- Feminino.

8. Qual é a sua cor ou raça? \*

Marque apenas uma opção.

- Branca.
- Preta.
- Parda.
- Amarela.
- Indígena.
- Não sabe.

9. Qual é o seu estado civil? \*

Marque apenas uma opção.

- Solteiro(a).
- Casado ou união consensual.
- Sepalado(a) ou desquitado(a) judicialmente.
- Divorciado(a).
- Viúvo.

10. Nome do município onde trabalha? \*

\_\_\_\_\_

11. Qual sua função? (marque mais de uma opção se ocupar mais de uma função atual) \*

Marque todas que se aplicam.

- Gestor(a) coordenador(a) da APS no município.
- Gestor(a) coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde.
- Enfermeiro(a) em Unidade Básica de Saúde.
- Médico em Unidade Básica de Saúde.
- Cuidador(a)-dentista em Unidade Básica de Saúde.

- Urbana.
- Rural.
- Abrange urbana e rural.

13. Qual é o seu vínculo empregatício atual: \*

Marque apenas uma oval.

- Estatutário (servidor público).
- Celetista.
- Contato.
- Comissionado
- Autônomo.
- Outro: \_\_\_\_\_

14. Há quantos anos você trabalha no atual cargo? (Responda em número absoluto de anos. Por exemplo: 2). Observação: Se o tempo for menor que um ano, responda a pergunta abaixo.

15. Há quantos meses você trabalha no atual cargo? (Responda em número absoluto de meses. Por exemplo: 2; responda somente se você não respondeu a pergunta anterior)

- Enfermeiro (a).
- Médico.
- Odontólogo-dentista
- (a). Nutricionista. Psicólogo (a).
- Assistente social.
- Farmacêutico (a).
- Fisioterapeuta.
- Outro: \_\_\_\_\_

17. Há quantos anos você concluiu sua graduação? (Responda em número absoluto de anos. Por exemplo: 2). Observação: Se o tempo for menor que um ano, responda a pergunta abaixo.

18. Há quantos meses você concluiu sua graduação? (Responda em número absoluto de meses. Por exemplo: 2; responda somente se você não respondeu a pergunta anterior)

19. Qual foi o tipo da instituição em que se formou? \*

Marque apenas uma oval.

- Pública.
- Privada.

20. Você possui ou está cursando algum curso de pós-graduação?

Marque apenas uma oval.

- Sim.  
 Não.

21. Se sim, qual o tipo de pós-graduação? (Pode marcar mais de uma opção)?

Marque apenas uma oval.

- Residência em andamento.  
 Residência concluída.  
 Especialização em andamento.  
 Especialização concluída.  
 Mestrado em andamento.  
 Mestrado concluído.  
 Doutorado em andamento.  
 Doutorado concluído.  
 Pós-doutorado em andamento. Pós-doutorado concluído.

Outro: \_\_\_\_\_

22. Se possui pós-graduação, qual foi a área (se tiver mais de uma pós-graduação, digite todas as áreas na sequência)?

23. Há quantos anos você trabalha na Atenção Primária à Saúde? (Responda em número absoluto de anos. Por exemplo: 2).  
 Observação: Se o tempo for menor que um ano, responda a pergunta abaixo.

24. Há quantos anos você trabalha na Atenção Primária à Saúde? (Responda em número absoluto de meses. Por exemplo: 2; responda somente se você não respondeu a pergunta anterior)

25. Você participou de algum curso de capacitação no último ano? \*

Marque apenas uma oval.

- Sim.  
 Não.

26. Se sim, quais temas (pode marcar mais de uma opção)?

Marque todas que se aplicam.

- Prevenção e tratamento do tabagismo;  
 Prevenção do consumo de álcool;  
 Alimentação saudável;  
 Prática de atividade física;  
 Prevenção e manejo da obesidade;  
 Prevenção e manejo da hipertensão;  
 Prevenção e manejo da diabetes mellitus;  
 Prevenção e manejo das doenças crônicas não transmissíveis no geral;  
 Vigilância em Doenças Crônicas Não transmissíveis;  
 Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis; Outro:

27. Se sim, quantas formações teve no ano com temas relacionados às DCNT (escreva em número absoluto de formações. Exemplo: 3)?

28. Você percebeu alguma mudança na prática profissional a partir da capacitação?

Marque apenas uma oval.

- Sim.  
 Não.

29. Você teria interesse em participar de um Programa de Formação em Doenças Crônicas (Diabetes, Hipertensão, Obesidade) que será ofertado no ano de 2022? \*

Marque apenas uma oval.

- Sim  
 Não

**Avaliação da qualidade do cuidado na APS, aplicando o instrumento PCATool**

Vamos continuar fazendo avaliação da qualidade do cuidado na APS, aplicando o instrumento PCATool. Esse instrumento avalia os atributos essenciais e derivados da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária. Você irá avaliar cada item conforme as opções: Com certeza sim, provavelmente sim, com certeza não. Leia atentamente cada sentença, e se necessário envie o formulário e continue em outro momento (até os próximos 5 dias).

**Acessibilidade**

Por favor, indique a melhor opção.

30. A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

31. A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

32. A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

33. A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, email) se acreditam ser necessário? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

34. A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, email) se acreditam ser necessário? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

35. A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, email) se acreditam ser necessário? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Com certeza não.  
 Provavelmente não.  
 Não sei/Não lembro.

36. A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoeca, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

37. A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoeca durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

38. A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

39. A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)? \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

Longitudinalidade Doi: 10.1590/1806-93092019000000000000000000000000

mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a)? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

41. B2. Você consegue entender as perguntas dos seus pacientes? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

42. B3. Você acredita que os seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

43. B4. Se os pacientes têm uma pergunta sobre a saúde deles, podem telefonar ou utilizar alguma forma de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) e falar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que os conhece melhor? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

44. B5. Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem (discutirem) sobre as suas preocupações ou problemas? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

45. B6. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

46. B7. Você acredita que conhece "muito bem" os pacientes do seu serviço de saúde? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

47. B8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

48. B9. Você sabe quais problemas são mais importantes para os seus pacientes? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

49. B10. Você conhece a história clínica (história médica) completa de cada paciente? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

50. B11. Você sabe qual o trabalho ou o emprego de cada paciente? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

51. B12. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar por medicamentos receitados? \*

*Marque apenas uma opção.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

estão tomando? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

#### Coordenação - Integração de Cuidados

Por favor, indique a melhor opção.

53. C1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

54. C2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

55. C3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

56. C4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

57. C5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

58. C6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

**Coordenação – Sistemas de Informações**

Por favor, indique a melhor opção.

59. D1. Você solicita aos pacientes que tragam os seus registros médicos recebidos em atendimentos anteriores (ex.: fichas de atendimento de emergência, carteira de vacinação, resultados de exames de laboratório)? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

60. D2. Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.

atende? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

Você utiliza os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?

62. D4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

63. D5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

65. D7. Lista de problemas no prontuário dos pacientes \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

66. D8. Lista de medicamentos em uso no prontuário dos pacientes \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

**Integralidade -  
Serviços  
Disponíveis**

Se um(a) paciente necessita de qualquer dos seguintes serviços,

68. E2. Vacinas (imunizações) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

69. E3. Verificar se a família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais (ex.: Programa Bolsa Família, Tarifa Social) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

## 70. E4. Avaliação da saúde bucal (exame dentário) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 71. E5. Tratamento dentário \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 72. E6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 73. E7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 74. E8. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 75. E9. Sutura de um corte que necessite de pontos \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 76. E10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 77. E11. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 78. E12. Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 80. E14. Remoção de verrugas \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 81. E15. Exame preventivo para câncer de colo do útero (CP, Teste Papanicolau) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

82. E16. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

83. E17. Cuidados pré-natais \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

84. E18. Remoção de unha encravada \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

85. E19. Orientações sobre os cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

86. E20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

87. E21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do(a) paciente (ex.: curativos, troca de sondas, banho na cama) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 88. E22. Inclusão em programa de suplementação nutricional (ex.: leite, alimentos) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

**Integralidade -  
Serviços Prestados**

Se você atende pacientes de todas as idades, responda todos os itens deste componente (F1 a F18).  
 Se você atende apenas pacientes crianças, responda somente os itens F1 a F3 e F15 a F18.  
 Se você atende apenas pacientes adultos, responda somente os itens F1 a F13.

Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?  
 Por favor, indique a melhor opção.

## 89. F1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 90. F2. Segurança no lar (ex.: como guardar medicamentos com segurança, proteção para piscina, proteção para tomada) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 91. F3. Orientações sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro ou sobre como evitar que crianças tenham queda de altura \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

## 92. F4. Maneiras de lidar com conflitos familiares \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

Você discute os seguintes assuntos com os seus pacientes ou seus responsáveis?

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

94. F6. Níveis de colesterol \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

95. F7. Medicamentos em uso \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

rato, água sanitária) no lar, no trabalho ou na vizinhança \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

97. F9. Disponibilidade, armazenagem e segurança de armas \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

98. F10. Prevenção de queimaduras (ex.: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

100. F12. Prevenção de osteoporose em mulheres \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

101. F13. Cuidado de problemas comuns relacionados à menstruação ou à menopausa \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

Você discute os seguintes assuntos com a criança e/ou pais/ responsável pelos cuidados de saúde da criança?

1

102. F14 - Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

103. F15 - Mudanças de crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária (ex.: quando a criança irá caminhar, controlar o xixi) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

104. F16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e a usar assentos de segurança para crianças nos carros \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

105. F17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos: manter distância das armas, usar cintos de segurança e usar capacetes (para ciclistas) \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

106. F18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

#### Orientação Familiar

Por favor, indique a melhor opção.

107. G1. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

108. G2. Você pergunta sobre doenças ou problemas de saúde que podem ocorrer na família dos pacientes? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

109. G3. Você está disposto(a) e capacitado(a) para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira da sua avaliação de saúde?

110. G4. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

111. G5. Discussão sobre fatores de risco familiares (ex.: genéticos) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

112. G6. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

113. G7. Discussão sobre fatores de risco sociais (ex.: perda de emprego) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

funcionamento) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

115. G9. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

116. G10. Discussão sobre as funções parentais \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

118. G12. Avaliação de sinais de crise familiar \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

119. G13. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

1

120. G14. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

Orientação Comunitária

Por favor, indique a melhor opção.

121. H1. Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

122. H2. Você acredita que o seu serviço de saúde tem o conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade atendida? \*

Marque apenas uma oval.

- Com certeza sim.
- Provavelmente sim.
- Provavelmente não.
- Com certeza não.
- Não sei/Não lembro.

123. H3. No seu serviço de saúde são obtidas opiniões e ideias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

124. H4. No seu serviço de saúde podem ser adaptados serviços ou programas em resposta a problemas específicos de saúde da comunidade? \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

No seu serviço de saúde, os seguintes tipos de dados são utilizados para determinar quais os programas ou serviços são necessários à comunidade atendida?

125. H5. Informações de mortalidade (dados sobre óbitos) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

126. H6. Dados de doenças de notificação compulsória (ex.: DSTs, TB) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

127. H7. Taxas de imunização da comunidade \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

128. H8. Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

129. H9. Informações clínicas do próprio serviço (ex.: número de gestantes, número de pacientes hipertensos, número de pacientes com TB) \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

No seu serviço de saúde os seguintes métodos são utilizados para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços ou programas?

130. H10. Pesquisas com os seus pacientes \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

131. H11. Pesquisas na sua comunidade \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

132. H12. Feedback (retorno das informações) de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

133. H13. Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

134. H14. Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais \*

*Marque apenas uma oval.*

- Com certeza sim.  
 Provavelmente sim.  
 Provavelmente não.  
 Com certeza não.  
 Não sei/Não lembro.

135. H15. Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

136. H16. Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

137. H17. Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

No seu serviço de saúde as seguintes atividades são utilizadas para alcançar as populações da comunidade atendida?

138. H18. Atuar em rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

139. H19. Vínculos com serviços/organizações religiosas \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

140. H20. Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitárias \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

141. H21. Agentes comunitários de saúde ou membros do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários) ou Conselho Distrital de Saúde \*

*Marque apenas uma oval.*

Com certeza sim.

Provavelmente sim.

Provavelmente não.

Com certeza não.

Não sei/Não lembro.

## APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Programa de formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás**”. Meu nome é \_\_\_\_\_ sou o(a) entrevistadora(o), atuo na área da saúde e fui treinado (a) e capacitado (a) pelos pesquisadores do projeto para este fim. A pesquisadora responsável chama-se Valéria Pagotto, é professora na Faculdade de Enfermagem da UFG e sua área de atuação é vinculada a ensino, pesquisa e extensão em saúde do idoso e doenças crônicas. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine em todas as folhas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisador, em todas as folhas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato pelo meu telefone (62 9 981374549) ou com a pesquisadora Brenda Lorrana de Almeida Gomes (62 9276-5327). Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: (62) 3521-1215; 3521 - 2045 ou no endereço Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Qd. K, Edifício K2, Sala 110, Piso 1, Campus Samambaia, 74690-631.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA:

O objetivo deste projeto é analisar a situação da organização do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as necessidades de formação dos profissionais de saúde e gestores da Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolver estratégias para formação dos profissionais e gestores, e avaliar o processo de formação na organização do processo de trabalho em municípios do Estado de Goiás.

A sua participação é muito importante, pois a formação na gestão do cuidado às pessoas com DCNT na APS, é fundamental para redução dos efeitos negativos desses agravos. A finalidade desse trabalho é contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado aos pacientes e favorecer a formação profissional. Os benefícios que o(a) senhor(a) e todos os participantes do estudo receberão como resultado dessa pesquisa, poderão ser visualizados como redefinição das ações e do plano de assistência às DCNT nos municípios.

A sua participação na pesquisa se dará por meio do preenchimento de instrumentos que verificarão as necessidades de formação de profissionais de saúde vinculados à atenção primária. O preenchimento desses instrumentos terá duração aproximada de 40 minutos e acontecerá por via remota, por meio de formulário enviado para o seu email ou whatsapp. Além do preenchimento dos formulários, você também será convidado a participar do programa de formação, que será estruturado em três seminários e em quatro Unidades de Aprendizagem na modalidade à distância em Ambiente Virtual de Aprendizagem, com conteúdos divididos em módulos. Em uma das etapas da pesquisa será necessária a gravação de áudio e vídeos das entrevistas que serão analisadas e mantidas sob sigilo com o pesquisador. Ressaltamos que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

**APÊNDICE C – Tabela suplementar 1 da normalidade univariada dos 111 itens do PCATool.**

<b>Itens</b>	<b>Estatística</b>	<b>Valor de p</b>	<b>Normal</b>
A1	63.8976	<0.001	Não
A2	57.6691	<0.001	Não
A3	58.8785	<0.001	Não
A4	25.3921	<0.001	Não
A5	21.8253	<0.001	Não
A6	30.5414	<0.001	Não
A7	30.7335	<0.001	Não
A8	56.6315	<0.001	Não
A9	64.6453	<0.001	Não
B1	28.7990	<0.001	Não
B2	72.3523	<0.001	Não
B3	53.7894	<0.001	Não
B4	16.7260	<0.001	Não
B5	61.6192	<0.001	Não
B6	56.2545	<0.001	Não
B7	26.9578	<0.001	Não
B8	20.2241	<0.001	Não
B9	29.6371	<0.001	Não
B10	17.1353	<0.001	Não
B11	20.3028	<0.001	Não
B12	27.6029	<0.001	Não
B13	20.1848	<0.001	Não
C1	18.8635	<0.001	Não
C2	31.6826	<0.001	Não
C3	37.5275	<0.001	Não
C4	59.3128	<0.001	Não
C5	17.1898	<0.001	Não
C6	30.8971	<0.001	Não
D1	42.0616	<0.001	Não
D2	39.3184	<0.001	Não
D3	50.8526	<0.001	Não
D4	16.7736	<0.001	Não
D5	15.8982	<0.001	Não
D6	21.7763	<0.001	Não
D7	18.1871	<0.001	Não
D8	32.8398	<0.001	Não
E1	36.8599	<0.001	Não
E2	68.5260	<0.001	Não
E3	28.9056	<0.001	Não
E4	31.7270	<0.001	Não
E5	30.6491	<0.001	Não
E6	63.9039	<0.001	Não

---

E7	34.8975	<0.001	Não
E8	45.1286	<0.001	Não
E9	23.0647	<0.001	Não
E10	86.4014	<0.001	Não
E11	22.5961	<0.001	Não
E12	24.0453	<0.001	Não
E13	20.3811	<0.001	Não
E14	21.9627	<0.001	Não
E15	93.9366	<0.001	Não
E16	53.9375	<0.001	Não
E17	109.5203	<0.001	Não
E18	20.5138	<0.001	Não
E19	16.3605	<0.001	Não
E20	46.0588	<0.001	Não
E21	59.7904	<0.001	Não
E22	29.7322	<0.001	Não
F1	75.6177	<0.001	Não
F2	42.1140	<0.001	Não
F3	23.1352	<0.001	Não
F4	26.3976	<0.001	Não
F5	60.2113	<0.001	Não
F6	71.2733	<0.001	Não
F7	85.1437	<0.001	Não
F8	29.2103	<0.001	Não
F9	17.0533	<0.001	Não
F10	32.5456	<0.001	Não
F11	53.2933	<0.001	Não
F12	34.2520	<0.001	Não
F13	62.5511	<0.001	Não
F14	35.1192	<0.001	Não
F15	48.7109	<0.001	Não
F16	22.5390	<0.001	Não
F17	20.0628	<0.001	Não
F18	29.5963	<0.001	Não
G1	31.2664	<0.001	Não
G2	45.9189	<0.001	Não
G3	35.3069	<0.001	Não
G4	14.7413	<0.001	Não
G5	26.4131	<0.001	Não
G6	20.1882	<0.001	Não
G7	21.3781	<0.001	Não
G8	17.1501	<0.001	Não
G9	26.9600	<0.001	Não
G10	20.1194	<0.001	Não
G11	37.6484	<0.001	Não
G12	25.6444	<0.001	Não

---

---

G13	26.2802	<0.001	Não
G14	19.9231	<0.001	Não
H1	88.4542	<0.001	Não
H2	27.1930	<0.001	Não
H3	23.1188	<0.001	Não
H4	34.9393	<0.001	Não
H5	17.4337	<0.001	Não
H6	32.9821	<0.001	Não
H7	31.8587	<0.001	Não
H8	18.2179	<0.001	Não
H9	40.2796	<0.001	Não
H10	14.9450	<0.001	Não
H11	14.7826	<0.001	Não
H12	16.8293	<0.001	Não
H13	24.1129	<0.001	Não
H14	18.5427	<0.001	Não
H15	20.9415	<0.001	Não
H16	39.6517	<0.001	Não
H17	17.9061	<0.001	Não
H18	16.4234	<0.001	Não
H19	18.0746	<0.001	Não
H20	19.4544	<0.001	Não
H21	33.2118	<0.001	Não

---

**ANEXOS**  
**ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Programa de formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás

**Pesquisador:** Valéria Pagotto

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 45401221.0.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.053.058

**Apresentação do Projeto:**

O objetivo geral desta proposta é analisar a situação da organização do cuidado às pessoas com DCNT, as necessidades de formação dos profissionais de saúde e gestores da APS, desenvolver estratégias para formação dos profissionais e gestores, e avaliar o processo de formação na organização do processo de trabalho em municípios do Estado de Goiás. O estudo será realizado em quatro eixos. No eixo diagnóstico situacional, será traçado panorama dos indicadores de saúde nos municípios, por meio de estudo ecológico com base em dados secundários e verificadas as necessidades de formação de profissionais e gestores da APS e lacunas passíveis de mudanças, além da qualidade do cuidado em DCNT pela mensuração da presença e extensão dos atributos da APS por meio de estudo transversal de métodos mistos. No eixo de formação, será desenvolvido um Programa de Formação para profissionais de nível superior e gestores da APS, considerando o diagnóstico situacional, fundamentado na Metodologia da Problematização. O programa será estruturado em três seminários presenciais com carga horária de 36 horas para profissionais de saúde e oito horas para gestores da APS e em quatro Unidades de Aprendizagem na modalidade à distância em Ambiente

Virtual de Aprendizagem, sendo 144 horas para profissionais, e 32 horas para gestores, com conteúdos divididos em módulos. O eixo de avaliação consistirá na avaliação da satisfação e de impactos do processo formativo na visão dos participantes, considerando-se as dimensões

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitario

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cepcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

alcance, adesão, autoavaliação de impacto, efetividade da formação e análise crítica da implementação das mudanças por meio de duas abordagens metodológicas: um estudo transversal quantitativo e um qualitativo. Análise será realizada para verificar o efeito do Programa de Formação nos atributos da APS no estudo transversal. O quarto eixo, difusão e tradução do conhecimento, será realizado por meio da disseminação e popularização do conhecimento produzido no Programa de Formação, entre profissionais, gestores, usuários da APS e organismos sociais regionais. Será realizada identidade visual e site específico do Programa de Formação, além de materiais didáticos para profissionais e gestores da APS. Assim, esse estudo envolve diferentes abordagens metodológicas para alcance dos objetivos propostos nos 4 eixos.

Como o estudo será realizado em 4 eixos, será apresentada brevemente a metodologia proposta em cada eixo. 1. Eixo diagnóstico situacional: A análise situacional na linha de base que subsidiará o curso de formação será realizada considerando as seguintes abordagens metodológicas: (i) estudo ecológico; (ii) estudo transversal de métodos mistos. No estudo ecológico, serão utilizadas múltiplas fontes de dados para obtenção das características avaliadas nessa etapa. O cruzamento das informações será realizado pelo processo de linkage das informações demográficas e socioeconômicas com as de saúde para compreensão da análise diagnóstica dos municípios. Para coleta de dados, será utilizado um roteiro estruturado a ser coletados a partir de bases de dados secundárias. Um estudo transversal, de métodos mistos, que incluirá abordagem quantitativa e qualitativa será realizada para analisar a organização do cuidado às pessoas com DCNT e do processo de trabalho das equipes da APS dos municípios participantes. Será utilizada a triangulação de dados, de investigador e teórica ou metodológica com a finalidade de determinar convergências, diferenças ou combinações entre as informações. Na primeira fase serão coletados dados quantitativos e em seguida os qualitativos.

Na primeira fase da coleta de dados, objetivando caracterizar o perfil e analisar as necessidades de formação dos profissionais e gestores da APS em relação à qualidade do cuidado e organização do processo de trabalho, será encaminhado a estes, por meio remoto, utilizando de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), questionário estruturado autoaplicável. Na segunda fase do estudo transversal, para melhor

compreensão do fenômeno estudado, será realizada entrevista individual online, utilizando Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) como chamadas de áudio, vídeo ou por plataformas como o Google meet. 2. Eixo Formação: No eixo formação será utilizada a metodologia da problematização, como base que sustentará a concepção pedagógica do Programa de

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitario

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

Formação. Uma das referências para a abordagem problematizadora será o Método do Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 1982). Serão utilizadas diferentes estratégias de ensino nas aulas teórico-práticas: leitura de documentos e materiais das diretrizes, manuais, políticas e protocolos clínicos; exposição oral-dialogada; mapa

conceitual; estudo dirigido; estudos de caso e resolução de problemas; fóruns de discussão; rodas de conversa; ensino com pesquisa; trabalhos em grupo; técnicas em grupo; gamificação; diagnóstico dos territórios; e outras estratégias didáticas utilizando as TDIC e encontros presenciais.3. Eixo Avaliação: O método de análise avaliativa do Processo de Formação, será apresentado em duas partes. A parte I trata do método utilizado para a

avaliação pós intervenção das dimensões alcance, adesão e efetividade da formação, conduzido utilizando delineamento transversal. Na parte II é apresentado o método proposto para avaliação da dimensão análise crítica da implementação das mudanças4. Eixo difusão: Fundamentadas na metodologia da problematização, a qual norteará as atividades educativas com os profissionais assistenciais e gestores, bem como, princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (acesso/acolhimento aos usuários e participação e controle social dos usuários, por meio da promoção de espaços coletivos; articulação entre serviços e ações de saúde), tradução do conhecimento baseada em artes (ARCHIBALD;

CAINE; SCOTT, 2014), modelo de translação do conhecimento "Processo Conhecimento-para-Ação" (GRAHAM et al., 2006). Considerou-se nessas estratégias: - diferentes tipos de público, mediante a proposição de integração/articulação dos agentes da APS (usuários com DCNT, população atendida na APS, profissionais de saúde e gestores da APS, organismos sociais regionais); -continuidade da difusão e tradução do conhecimento alinhado ao processo do Programa de formação.

**Objetivo da Pesquisa:**

Hipótese:

Esse estudo possui diferentes tipos de metodologias para o seu desenvolvimento. Assim, para o delineamento transversal é possível estabelecer algumas hipóteses:- A prevalência das DCNT é elevada nos municípios selecionados;- Os indicadores demográficos e socioeconômicos possuem diferentes forças de associação com as DCNT entre os municípios;- A mortalidade por DCNT será elevada nos municípios selecionados; - A qualidade do cuidado às DCNT estimada pelo PCATool é baixa nos municípios selecionados;- o Programa de Formação terá um alcance e adesão elevado nos municípios;- A Taxa de participação no Programa de formação por gestores e profissionais será elevada;- Os participantes terão

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

elevado nível de satisfação com o Programa que será implementado.

**Objetivo Primário:**

Analisar a situação da organização do cuidado às pessoas com DCNT, as necessidades de formação dos profissionais de saúde e gestores da APS, desenvolver estratégias para formação dos profissionais e gestores, e avaliar o processo de formação na organização do processo de trabalho em municípios do Estado de Goiás.

**Objetivo Secundário:**

1) Eixo diagnóstico situacional- Realizar o diagnóstico situacional dos municípios participantes, quanto às características demográficas, socioeconômicas e relativas à estrutura e recursos humanos da APS;- Analisar a magnitude das DCNT quanto às características de morbidade e mortalidade da DM, HAS e obesidade entre os usuários dos municípios participantes;- Caracterizar os profissionais de saúde e gestores da APS

quanto aos aspectos demográficos, laborais, de qualificação, conhecimentos, habilidades, atitudes em relação às DCNT;- Analisar as necessidades de formação dos profissionais de saúde em relação à qualidade do cuidado, organização do processo de trabalho na APS e perfil profissional;- Investigar as barreiras e facilitadores para a organização da gestão da atenção ao cuidado e do processo do trabalho na percepção dos profissionais

de saúde e gestores da APS;- Realizar o diagnóstico situacional da qualidade do cuidado às pessoas com DCNT, com base na presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na visão dos profissionais de saúde, gestores e usuários da APS.2) Eixo formação- Desenvolver um programa de formação para profissionais de saúde de nível superior e gestores da APS, considerando o diagnóstico situacional; - Implementar um

programa de formação para profissionais de saúde de nível superior e gestores da APS; - Propor estratégias inovadoras e participativas de formação em serviço para profissionais de saúde e gestores da APS;- Subsidiar a tomada de decisão por profissionais de saúde e gestores da APS, para o cuidado integral de indivíduos e coletividades, por meio das ações de formação;- Desenvolver estratégia de formação dos profissionais de saúde e

gestores da APS por meio de tecnologia digital.3) Eixo avaliação- Analisar a satisfação dos profissionais de saúde e gestores da APS quanto ao processo formativo;- Analisar a autoavaliação de impacto em largura, de profissionais da saúde e gestores da APS, em relação ao processo formativo;- Analisar o suporte à transferência das competências/conhecimentos adquiridas por

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitario

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcutg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

profissionais de saúde e gestores da APS no processo formativo;- Avaliar o processo de implementação das ações na perspectiva dos profissionais de saúde e gestores da APS; - Avaliar a qualidade do cuidado às pessoas com DCNT, com base na presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde na visão dos profissionais de saúde, gestores e usuários da APS após o processo formativo.4) Eixo difusão e tradução do conhecimento- Realizar difusão e popularização do conhecimento produzido no programa de formação, entre profissionais, gestores, usuários da APS e organismos sociais regionais;- Divulgar os resultados do diagnóstico situacional e das ações desenvolvidas durante o projeto entre os usuários, profissionais de saúde, gestores da APS e sociedade em geral;- Estruturar e manter canal de divulgação sobre ações para prevenção e controle das DCNT, bem como das ações desenvolvidas no projeto; - Produzir e divulgar materiais sobre promoção, prevenção, abordagem e manejo das DCNT na APS;- Promover evento científico para apresentação dos produtos gerados pelos profissionais e gestores da APS à partir do processo de formação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Todos os cuidados para minimizar os riscos que envolvem essa pesquisa serão tomados. Considerando a logística da coleta de dados, primeiramente, todos os participantes serão orientados quanto aos objetivos do estudo e será avaliada a possibilidade de serem incluídos na pesquisa. A proposta terá início em 2021, período sob efeito da pandemia da COVID-19, o que poderá influenciar em atividades presenciais como os seminários propostos. Para além de realizar os encontros dentro das recomendações propostas de biossegurança, uma outra possibilidade será a reformatação da modalidade dos encontros presenciais com o CNPq e o Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), para uma modalidade que garanta a segurança de todos os envolvidos. A participação efetiva dos profissionais e gestores no Programa de Formação poderá trazer algumas dificuldades em função da compatibilização da carga horária semanal necessária para o andamento do curso, e o desempenho de suas atividades em serviço. Para garantir a participação no curso, foram planejadas propostas metodológicas que envolvem o público-alvo, e diminuam a evasão. Além disso, também contaremos com o apoio técnico contínuo da Secretaria Estadual de Saúde e gestão local para articulação. Consideramos ainda que alguns profissionais e gestores poderão apresentar limitações para utilização das TDIC

selecionadas para desenvolvimento do curso, como o AVA por meio da plataforma Moodle Ipê.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

Nesse sentido, disponibilizaremos apoio técnico e orientação contínua por meio de tutores e produção de um material didático com recursos autoinstrutivos.

**Benefícios:**

Esta pesquisa visa contribuir com a saúde e qualidade de vida da pessoa com DCNT e com a comunidade científica no intuito de possibilitar o desenvolvimento de medidas de prevenção mais efetivas por meio da compreensão dos fatores que influenciam na qualidade do cuidado às pessoas com DCNT na Atenção primária. Destaca-se que o papel dos profissionais de saúde e gestores e sua responsabilidade frente ao controle em DCNT, tanto às pessoas expostas aos riscos quanto aos familiares e comunidade, requer uma atuação ativa a partir do manejo pautado no conhecimento científico e inovador acerca das DCNT na APS. Para isto, o desenvolvimento e aprimoramento de competências da equipe multiprofissional em saúde, frente ao manejo de determinado caso clínico, requer conhecimento, habilidades e atitudes, que podem ser desenvolvidas a partir de uma proposta robusta e contextualizada de formação, delineada em pressupostos do perfil regional de saúde, em associação às vivências e experiências do cotidiano do processo de trabalho. Nesse sentido, a participação de profissionais e gestores em um Programa de Formação promoverá o desenvolvimento de competências de cuidado e impactar nas rotinas de cuidado à saúde na APS e a qualidade de vida das pessoas assistidas, além de trazer benefícios para a APS. Assim, os participantes serão beneficiados com a atualização e com uma proposta de formação que promoverá mudanças em seus processos de trabalho. Este projeto também fortalece os programas de pós-graduação, no que se refere a inserção de novos docentes cuja linha de pesquisa seja o cuidado a saúde de pessoas com DCNT, que são escassos

nos Programas de Pós-graduação em que os pesquisadores envolvidos estão inseridos. Assim, possibilita a formação de novos mestres e doutores nessa área no estado de Goiás.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa pressupõe o desenvolvimento de uma análise diagnóstica que seja capaz de identificar as lacunas existentes na formação dos profissionais de saúde e de oferecer subsídio para o planejamento e execução de ações de formação visando aumentar a capacidade técnica e operacional dos profissionais para a implementação das diretrizes e da linha de cuidado na atenção às pessoas com DCNT. A pesquisa apresenta-se pertinente e a pesquisadora apresenta as condições para a execução.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

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

O termos estão de acordo com a Resolução 466/2012

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

Este Relatório não apresenta nenhum óbice ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este Protocolo de Pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, de acordo com as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer. A pesquisa poderá ser iniciada e toda e qualquer alteração no protocolo deverá ser comunicada ao CEP/HC/UFG, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1830121_E1.pdf	22/09/2021 16:14:40		Aceito
Outros	EMENDA.docx	22/09/2021 16:13:19	Valéria Pagotto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocompleto_novaversao.docx	22/09/2021 16:11:23	Valéria Pagotto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEidentidadevisual.docx	22/09/2021 16:10:27	Valéria Pagotto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores.doc	28/04/2021 08:57:41	Valéria Pagotto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarios.doc	28/04/2021 08:57:34	Valéria Pagotto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais.doc	28/04/2021 08:56:40	Valéria Pagotto	Aceito

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 5.053.058

Outros	RESPOSTA_PENDENCIA.doc	28/04/2021 08:55:16	Valéria Pagotto	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_coletadados.doc	28/04/2021 08:53:29	Valéria Pagotto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.doc	28/04/2021 08:51:52	Valéria Pagotto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia_SES.pdf	30/03/2021 18:27:53	Valéria Pagotto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	certidaoFen.pdf	30/03/2021 14:09:27	Valéria Pagotto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromisso.docx	30/03/2021 11:45:11	Valéria Pagotto	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Termooutorgacnpq.pdf	30/03/2021 11:44:54	Valéria Pagotto	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	30/03/2021 11:44:17	Valéria Pagotto	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/03/2021 11:41:58	Valéria Pagotto	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	30/03/2021 11:41:48	Valéria Pagotto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 21 de Outubro de 2021

---

**Assinado por:**  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 16º Andar - Edifício de Internação

**Bairro:** St. Leste Universitário

**CEP:** 74.605-020


**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3644-8933

**E-mail:** cephcfg@yahoo.com.br

**ANEXO B - Instrumento PCATool – Brasil para profissionais médicos, dentistas, enfermeiros e gestores (BRASIL, 2020). Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade**


<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS</b> <b>FACULDADE DE ENFERMAGEM</b>
<b>Programa de Formação para organização e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária do Estado de Goiás</b> <b>(Questionário Profissionais de Saúde e Gestores)</b>
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>
Data da entrevista: ____/____/____
<b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>
Escreva seu nome e sobrenome: _____
E-mail: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____
Sexo: ( 1) Masculino (2) Feminino
Qual é a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (99) Não sabe
Qual é o seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado ou em união consensual (3) Separado(a) ou desquitado(a) judicialmente (4) Divorciado(a) (5) Viúvo(a)
<b>DADOS LABORAIS E DE QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL</b>
Nome do município onde trabalha: _____
Qual sua função? (marque mais de uma opção se ocupar mais de uma função atual) (1) Gestor(a) coordenador(a) da APS no município. (2) Gestor(a) coordenador(a) da Unidade Básica de Saúde (3) Enfermeiro(a) em Unidade Básica de Saúde (4) Médico em Unidade Básica de Saúde (5) Cirurgião-dentista em Unidade Básica de Saúde (6) Outro: _____
A área de atuação da sua unidade básica está em qual zona? (01) Urbana (02) Rural (03) Abrange urbana e rural
Qual é o seu vínculo empregatício atual? (1) Estatutário (servidor público) (2) Celetista (3) Contrato (4) Comissionado (6) Outro. Descreva: _____
Há quanto tempo trabalha no atual cargo? [ ] ____ anos. [ ] ____ meses.
Qual é a sua profissão? (1) Enfermeiro (a) (2) Médico (a) (3) Cirurgião-dentista (a) (4) Nutricionista (5) Psicólogo (a) (6) Assistente social (7) Farmacêutico (a) (8) Fisioterapeuta (9) Outra. Escreva: _____
Há quanto tempo você concluiu a graduação? [ ] ____ anos. [ ] ____ meses.
Qual foi o tipo da instituição em que se formou? (1) Pública (2) Privada
Você possui ou está cursando algum curso de pós-graduação? (1) Sim (2) Não Se sim, qual o tipo de pós-graduação (pode marcar mais de uma opção)? (1) Residência concluída (2) Especialização em andamento (3) Especialização concluída (4) Mestrado em andamento (5) Mestrado concluído (6) Doutorado em andamento (7) Doutorado concluído (8) Pós-doutorado em andamento

(9) Pós-doutorado concluído				
Se possui pós-graduação, qual foi a área? _____				
Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde?				
[ ] ____ anos.				
[ ] ____ meses.				
Caso você trabalhe na Estratégia de Saúde da Família, há quanto tempo?				
[ ] ____ anos.				
[ ] ____ meses.				
Você participou de algum curso de capacitação no último ano?				
(1) Sim (2) Não				
Se sim, quais temas (pode marcar mais de uma opção)?				
(1) Prevenção e tratamento do tabagismo; (2) Prevenção do consumo de álcool; (3) Alimentação saudável; (4) Prática de atividade física; (4) Prevenção e manejo da obesidade; (5) Prevenção e manejo da hipertensão; (6) Prevenção e manejo da diabetes mellitus; (7) Prevenção e manejo das doenças crônicas não transmissíveis no geral; (8) Vigilância em Doenças Crônicas Não Transmissíveis; (9) Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis; (10) Outro. Qual(is) tema(s)? _____.				
Se sim, quantas formações teve no ano com temas relacionados às DCNT? _____.				
Você percebeu alguma mudança na prática profissional a partir da capacitação? (1) Sim (2) Não				
A partir daqui vamos realizar a avaliação da qualidade do cuidado na APS, aplicando o instrumento PCATool. Esse instrumento avalia os atributos essenciais e derivados da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade, orientação familiar, orientação comunitária.				
Você irá responder cada item conforme as opções: Com certeza sim, provavelmente sim, com certeza não. Leia atentamente cada sentença e, se necessário, envie o formulário e continue em outro momento (até os próximos cinco dias).				
Acesso de Primeiro Contato				
Acessibilidade				
Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta.				
Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.				
A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, email) se acreditam ser necessário?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoecer, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não
A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoecer	(4)	(3)	(2)	(1)

durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não
A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	
A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não	(1) Com certeza não	