



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
Centro de Ciências Médicas – UFPB/CCM
PROFSAÚDE - Mestrado em Saúde da Família

AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

João Pessoa - PB

Fevereiro de 2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
Centro de Ciências Médicas – UFPB/CCM
PROFSAÚDE - Mestrado em Saúde da Família

**AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao
PROFSAÚDE - Mestrado em Saúde
da Família como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Mestre em Saúde da Família.

Orientando: Ednilson Cavalcante Santos

Orientadora: Dra. Jória Viana Guerreiro

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S237a Santos, Ednilson Cavalcante.

AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / Ednilson Cavalcante
Santos. - João Pessoa, 2019.

87 f. : il.

Orientação: Jória Viana Guerreiro.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Atenção Primária em Saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Avaliação em Saúde. 4. Acesso aos serviços
de Saúde. I. Guerreiro, Jória Viana. II. Título.

UFPB/BC

EDENILSON CAVALCANTE SANTOS

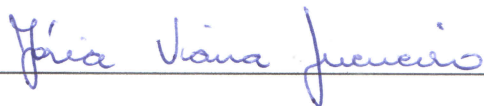
**AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS
HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) no Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE.

Data: 15/02/2019.

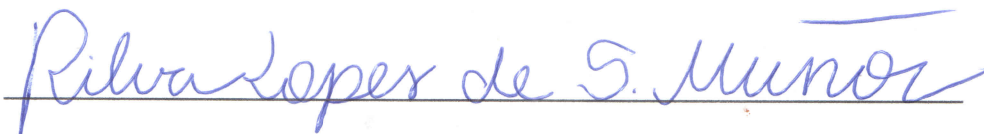
Resultado: Aprovado

BANCA EXAMINADORA



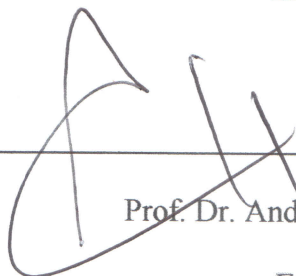
Prof.^aDr.^a. Jória Viana Guerreiro

Orientadora



Prof.^aDr.^a. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Examinadora interna



Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho

Examinador externo

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. O advento da Estratégia Saúde da Família (ESF) aprofundou a responsabilidade sanitária de equipes de Saúde da Família cujo trabalho se fundamenta em ser referência de cuidados para a população adscrita. A qualidade dos serviços de saúde deve ser medida com instrumentos válidos e fidedignos. A necessidade do cuidado às pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem impulsionado à formulação e implementação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessas doenças. A presente pesquisa objetivou avaliar o atributo essencial acesso da APS através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Adulto aos usuários hipertensos acompanhados por equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de natureza observacional, descritiva do tipo transversal. Foram utilizados os itens A, B e C do instrumento para entrevistar 66 pessoas. Os dados coletados foram analisados indutivamente através da análise de conteúdo produzido a partir da aplicação do instrumento, verificando e testando as associações entre variáveis e se adotou o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A análise dos dados foi feita inicialmente com o cálculo dos escores obtidos. Esta pesquisa mostrou que os hipertensos atendidos na UBS estudada avaliaram como satisfatórios o Grau de Afiliação e a Utilização do serviço de saúde, e como insatisfatório a Acessibilidade. O Escore Essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato alcançou uma pontuação considerada adequada. Os resultados encontrados neste estudo foram concordantes aos observados na literatura consultada. Constatou-se que a acessibilidade apresenta fragilidades em diversos serviços de saúde, inclusive no local deste estudo. Conclui-se que o acesso dos hipertensos na UBS analisada encontra-se adequado segundo os parâmetros do PCA Tool. Entretanto, é válido salientar que avaliações deste tipo devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde para que as debilidades sejam identificadas com a finalidade de que a APS exerça de forma plena os seus atributos.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Avaliação em Saúde, Acesso aos serviços de Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (APS) presents itself as a strategy to reorganize the health care model. The advent of Family Health (ESF) is a health institution of Family Health, whose work is based on the reference of care for the population attached. The quality of services should be measured with valid and adequate instruments. The idealization of care for people with systemic arterial hypertension (HAS) has led to the formulation and implementation of health policies to address diseases. The present study aimed to evaluate the essential attribute of APS through the application of the PCATool-Brasil Adult version to hypertensive users accompanied by a Family Health team at a Basic Health Unit (UBS) in the city of Campina Grande-PB. This is a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study. The items A, B and C of the instrument were used to interview 66 people. The data collected were analyzed inductively through the analysis of content produced from the application of the instrument, checking and testing the associations between variables and adopted a significance level of 5% ($p < 0.05$). The data analysis was done initially with the calculation of the obtained scores. This research showed that attended hypertensive in UBS study evaluates satisfactory the Degree of Affiliation and a Use of the health service, and like unsatisfactory Accessibility. The Essential Score for the First Contact Access attribute reached a rate considered adequate. The result of this study was concordant in those observed in the consulted literature. It was verified that the accessibility presents weaknesses in several health services, including in the place of this study. It is concluded that the access in the hypertensive patients to the analyzed UBS is adequate according to the parameters of the PCA Tool. However, it is worth noting that such assessments should be part of the health services routine so that weaknesses are identified in order for APS to fully exercise its attributes.

Key words: Primary Health Care, Health Assessment, Access to Health services.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	19
Tabela 1	25
Tabela 2	25
Tabela 3	26
Tabela 4	26
Tabela 5	27
Tabela 6	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária à Saúde

AVE – Acidente vascular encefálico

DATASUS - Departamento de informática do Sistema Único de Saúde

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão arterial

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PCATool – *Primary Care Assessment Tool* (Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária)

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SS – Serviços de Saúde

SSPS – *Statistical Package for the Social Science* (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais)

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 GERAIS	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA APS	13
3.3 AVALIAÇÃO NA APS ATRAVÉS DO PCATool-BRASIL	14
3.4 ATRIBUTOS ESSENCIAIS – O ACESSO	16
4 METODOLOGIA E VIABILIDADE	18
4.1 TIPO DE ESTUDO	18
4.2 LOCAL DE ESTUDO E VIABILIDADE	18
4.3 AMOSTRA	20
4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	20
4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	20
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	21
4.7 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DADOS.....	22
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	24
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
APÊNDICES	39
ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde se apresenta como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. “A organização do sistema de saúde a partir da atenção primária à saúde (APS) é uma formulação típica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, refinada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)” (PAES et al., 2014). Com o advento da ESF na década de 1990, aprofundaram-se os processos de territorialização e responsabilidade sanitária de equipes de Saúde da Família cujo trabalho se fundamenta em ser referência de cuidados para a população adscrita.

A qualidade dos serviços de saúde deve ser medida com instrumentos válidos e fidedignos, visto que a informação sobre as propriedades psicométricas possibilita o entendimento da acuracidade da mensuração da qualidade de atenção ao cuidado. Ademais, a efetiva aplicação dos princípios da APS nos serviços de saúde não é assegurada apenas com a implantação da ESF, o que faz necessário a avaliação tanto da presença quanto da extensão dos atributos da APS (HAUSER et al, 2013).

A necessidade do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tem impulsionado à formulação e implementação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessas doenças. Segundo Muraro et al (2013) a HAS é a doença cardiovascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Para obter sucesso na redução dos indicadores e das taxas de morbimortalidade da HAS, a ESF necessita dispor de serviços e ações que visem promover saúde e prevenir complicações e agravos. Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde contribui para estes propósitos.

Starfield, Xu e Jiahong (2001) conceituaram a APS por meio de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). Entende-se por atributo “aquilo que é próprio ou peculiar de alguém ou alguma coisa, condição, propriedade, qualidade, sinal distintivo ou símbolo” (SILVA et al., 2014). De acordo com Harzheim e demais pesquisadores (2013), a operacionalização desses

conceitos permite identificar o grau de orientação à APS, propiciando a associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção em níveis individual e coletivo.

Conforme Starfield (2002), esses atributos configuram-se como eixos estruturantes do processo de atenção à saúde e estão intimamente relacionados com a qualidade, eficácia e efetividade dos serviços de saúde. Avaliar estes atributos, por conseguinte, é fundamental para que se compreenda a implementação dos programas e políticas de saúde. Outrossim, a partir de tais processos avaliativos pode-se mensurar a qualidade das ações e serviços em saúde que estão sendo ofertadas.

De acordo com Paes et al (2014), a satisfação do usuário passou a ter valor como um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, assim como da adesão ao tratamento, da relação médico-paciente e adequação no uso dos serviços. Com a finalidade de avaliar as interações no contexto da APS e medir aspectos relacionados ao processo de atenção e estrutura, foi desenvolvido o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (STARFIELD; XU; JIAHONG, 2001). Este instrumento foi elaborado nos Estados Unidos e validado no Brasil em 2006 sob o nome PCATool-Brasil (BRASIL, 2010).

A importância do PCATool-Brasil reside na inexistência de outras ferramentas avaliativas validadas que possam mensurar os atributos da APS. Como exposto acima, o acesso é um dos atributos essenciais da APS que pode ser avaliado através da aplicação do instrumento em questão. A avaliação desse atributo é fundamental, pois “o acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade. A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde” (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

Fracolli et al. (2014) revelam que para avaliar a ESF no Brasil o instrumento que mais se aproxima do que propõe a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é o PCATool-Brasil. Esta ferramenta foi criada por Barbara Starfield nos Estados Unidos e foi validada para sua utilização no Brasil através dos estudos de Harzheim et al. (2006). O Ministério da Saúde (MS) tem se esforçado e incentivado profissionais de saúde e pesquisadores a utilização desta ferramenta. Com isso, após os esforços de pesquisadores da Saúde Coletiva no Brasil, o MS lançou em 2010 o “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary care assessment tool* (PCATool- Brasil)”.

A partir da busca por estudos que sintetizassem o desempenho da APS através da utilização do PCATool-Brasil foram encontrados que são muitos os desafios a serem superados para que os Serviços de Saúde sejam orientadas à APS (PRATES et al., 2017; FRACOLLI et al., 2014). Alguns estudos realizados por Silva et al (2018) e Harzheim et al (2016), em que foram aplicados o PCATool-Brasil, mostram que os escores obtidos do atributo acesso são muito baixos, considerados insatisfatórios. O que significa que os serviços de saúde avaliados não proporcionam esse atributo em sua total extensão. Segundo Silva, Baitelo e Fracolli (2015), os escores baixos relacionados ao atributo acesso significam que a introdução da Saúde da Família não implicou necessariamente uma melhoria de acesso o que distancia do modelo preconizado pela APS.

A revisão feita por Passos, Assis e Barreto (2006) observou que o acesso ao diagnóstico e controle de tratamento dos hipertensos foi um aspecto pouco investigado nos estudos. Estes mesmos autores concluíram nesta revisão que a HAS em adultos brasileiros atinge níveis que demandam necessidade de intervenção premente da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na implementação de medidas preventivas que abordam globalmente os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Por isso, o presente estudo objetivou avaliar o atributo essencial acesso da APS através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Adulto aos usuários hipertensos acompanhados pela equipe I da Unidade Básica de Saúde (UBS) Ana Amélia Vilar Cantalice, localizada no perímetro urbano do município de Campina Grande-PB. Admite-se que os resultados provenientes dessa avaliação contribuem para o reconhecimento das necessidades da APS e conseqüentemente seu aprimoramento, aspirando à melhoria da qualidade das ações e serviços que são prestados à população.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAIS:

- Avaliar o atributo essencial acesso da APS mediante a aplicação do PCATool-Brasil ao usuário hipertenso, na UBS-Ana Amélia Vilar Cantalice, no período de julho a novembro de 2018;

2.2 ESPECÍFICOS:

- Descrever as características dos pacientes hipertensos da comunidade, cobertos pela UBS;
- Identificar a afiliação do usuário hipertenso à UBS;
- Analisar a utilização dos serviços da UBS pelos hipertensos cadastrados;
- Caracterizar a acessibilidade dos hipertensos aos serviços da UBS;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A conferência de Alma-Ata, em 1978, foi um marco que fomentou as discussões em nível internacional sobre conceitos, fundamentos e definições para a APS. As novas estratégias propostas para a reorganização do cuidado em saúde e conseqüentemente fortalecimento dessas ações influenciaram efetivamente no Movimento da Reforma Sanitária que já havia ganhado força no Brasil em meados da década de 1970. Surgiu, desde então, a proposição de um novo modelo para operacionalização dos serviços de saúde produzindo melhores indicadores, maior eficiência no fluxo dos usuários e diminuição das inequidades sociais sobre o acesso aos serviços (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Logo após a redemocratização do Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS nasce como fruto da mobilização social que reivindicava a Saúde como um direito de todos. Com o advento da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado e atualmente é estruturado como ESF, uma vez que o vocábulo programa tem ideia de começo, desenvolvimento e fim. Já a ESF constitui-se como uma estratégia de reorganização da APS que não prevê um tempo para finalizar e vem crescendo em número de equipes e cobertura populacional (HARZHEIM et al., 2013). Como estratégia de reorganização da APS no Brasil, a ESF é considerada uma “alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade” (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

No Brasil, a APS é denominada Atenção Básica (AB) e é caracterizada por um “conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (FRACOLLI et al., 2014). As ações e serviços que são prestadas pela AB são dirigidos a populações em territórios delimitados. A partir da territorialização, as equipes de saúde assumem responsabilidade sanitária pela população adstrita e estas devem estar atentas à dinamicidade existente nos território com intuito de suprir as reais necessidades de saúde. Os termos APS e AB podem ser utilizados como sinônimos, todavia, para efeito deste trabalho adotou-se APS.

O Brasil passa por uma transição demográfica rápida e uma transição epidemiológica que evidencia o reaparecimento de doenças parasitárias e infecciosas e aumento das doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT). Com isso, de acordo com Oliveira e Pereira (2013), os serviços de saúde (SS) brasileiros estão sendo desafiados a dar respostas contínuas e integradas para que atenda as reais necessidades de saúde da população.

A APS também pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, de valores e princípios (BRASIL, 2010). Responsável pela atenção à saúde de seus usuários, a APS constitui-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, garantindo o acesso a qualquer outro ponto do sistema para atender às necessidades de cada usuário (CARNEIRO et al., 2014).

3.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA APS

A HAS é considerada como um problema de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É uma patologia caracterizada por níveis elevados e persistentes de pressão arterial (PA) que ocorre por diversos fatores: genéticos, ambientais e relacionados aos hábitos de vida. A HAS apresenta-se como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o país (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hipertensão arterial é responsável por 17 milhões de óbitos por ano no mundo e está intimamente associada a 45% dos infartos agudos do miocárdio (IAM) e 51% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE). No Brasil, em 2010, a prevalência autorreferida de HAS, na população adulta, variou de 13,8 a 29,2% (BRASIL, 2011), e os profissionais da APS são capacitados em identificar e conduzir os hipertensos de sua área de abrangência, através da prevenção, promoção e assistência.

Para Oliveira et al. (2017) a HAS é uma condição com grande prevalência nas populações dos países de língua portuguesa. Esta doença representa o principal fator de risco para complicações como AVE, IAM e doença renal crônica. As evidências mostram que as ações preventivas são mais promissoras no contexto da APS.

Desenvolvida com alto grau de capilaridade, a APS deve ser operacionalizada em territórios definidos, considerando as características específicas de sua população, por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, sob a forma de trabalho em equipe (STARFIELD, 2002). Conforme o Caderno de Atenção Básica nº37 (BRASIL, 2013), os profissionais da APS têm influência fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico,

monitorização e controle da HAS. Ademais, esta condição crônica é um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de APS enfrentam. E que existem dificuldades tanto na realização do diagnóstico precoce quanto no tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários.

3.3 AVALIAÇÃO NA APS ATRAVÉS DO PCATool-BRASIL

A produção de conhecimento sobre os atributos essenciais da APS revela que há condições limitadoras para a sua efetivação no âmbito de saúde. Atualmente, o MS vem se dedicando à avaliação da APS considerando o papel estratégico que a mesma tem enquanto ordenadora do sistema de saúde. Por desempenhar esse papel fundamental em reorganizar o modelo de atenção à saúde, reconhece-se a necessidade de avaliar como a APS está estruturada.

De acordo com Ibañez et al. (2006), são escassas as pesquisas voltadas para a avaliação organizacional ou de desempenho da APS, e uma visão crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da mesma.

A avaliação dos serviços de saúde no Brasil vem ganhando espaço nos movimentos científicos e institucionais, indicando a necessidade de inseri-la no planejamento e implantação de programas e ações na saúde. Para tanto, diversas pesquisas avaliativas têm sido realizadas a fim de verificar a extensão dos atributos essenciais e derivados para a efetividade da APS (ARAÚJO et al., 2014).

A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. Os esforços em prezar pela qualidade da atenção à saúde prestadas pela APS foram concretizados com o instrumento PCATool-Brasil (BRASIL, 2010). O MS “recomenda no manual que o uso do instrumento seja empregado para a avaliação e o monitoramento da qualidade da APS como uma rotina das equipes de Saúde da Família, por diversos níveis de gestão e para uso acadêmico” (PRATES et al., 2017).

A fim de se compreender as ações, programa e políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, o desenvolvimento de processos avaliativos é necessário. Dessa maneira, o fortalecimento e a consolidação de uma APS de qualidade são de suma importância para desenvolver e aprimorar mecanismos de avaliação da organização, do

desempenho e dos resultados dessa abordagem e engendrar esforços no sentido de trazer a avaliação à rotina dos serviços e institucionalizá-la (ALENCAR et al., 2014).

Como explicitado por Lima (2015), incluir a participação de usuários do SUS no processo de avaliação é obter percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, pois aquelas apresentam prioridades distintas que precisam ser consideradas e reconsideradas quando se avalia a qualidade das ações e dos serviços ofertados à população.

Dentro deste cenário, o PCATool é um método que surge para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados (CARNEIRO et al., 2014). Entretanto, adaptações no instrumento original do PCATool foram necessárias durante o processo de validação para o Brasil, as quais levaram em conta as características culturais da população e do sistema nacional de saúde (PAULA WKAS et al., 2016). Após adaptações o instrumento foi validado para o uso no Brasil em 2010, passando então a ser denominado PCATool-Brasil (DOTTO et al., 2016) e com publicação do seu Manual no Ministério da Saúde (2010).

O PCATool-Brasil configura-se como um instrumento avaliativo adaptado e validado para os serviços de saúde de APS no Brasil (BRASIL, 2010). A sua consistência interna e confiabilidade foi conferida com o estudo de Harzheim et al. (2006) e validação para sua implementação no Brasil se deu com o estudo de Harzheim et al. (2013) no Rio Grande do Sul. Fracolli et al. (2014) relatam que este instrumento é o mais utilizado para avaliar a APS devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação.

O estudo de Carneiro et al. (2014) faz menção sobre a sua importância e a necessidade de investimentos em pesquisas avaliativas para conhecer a qualidade e o grau de orientação dos SS para a APS.

Para analisar o trabalho das equipes de saúde da família o instrumento mais adequado é o PCATool, pois permite avaliar a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); orientação comunitária; e a competência cultural, indo ao encontro da proposta da Política Nacional de Atenção Básica Brasileira PNAB, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (FRACOLLI et al., 2014).

Deste modo, um instrumento de avaliação do desempenho dos Serviços de Saúde é bastante útil na alimentação e retroalimentação de políticas voltadas para o setor (PRATES et

al., 2017). Em suma, “para avaliar a Saúde da Família brasileira o instrumento que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o PCATool” (FRACOLLI et al., 2014). Ainda, a revisão de literatura feita por Arcari, Ritter e Martins (2016) mostrou que o PCATool foi o instrumento mais utilizado nos estudos quantitativos de avaliação da satisfação do usuário com os serviços de saúde.

Além disto, segundo Savassi (2012), o PCATool conta com a vantagem de ter componentes específicos para ciclos de vida e de tornar possível a comparação das equipes de APS brasileiras com equipes de todo o mundo.

É válido ressaltar que, estudos de Fracolli e demais pesquisadores (2014), após analisar os cinco instrumentos validados no Brasil, verificou que para avaliar a Saúde da Família brasileira o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF conforme propõe a PNAB é o PCATool-Brasil. Sendo por este motivo a aplicação desse instrumento em nossa pesquisa. O PCATool-Brasil consideram escalas de 0 a 10, qualificando o baixo escore como valor $\leq 6,6$, de acordo com as padronizações do Ministério da Saúde (2010).

Por isso, Stein (2013) concluiu em seu estudo que o PCATool deve ser o instrumento escolhido pelos gestores e pesquisadores para avaliar a qualidade da APS em virtude de: estar baseado na união de elementos de estrutura e processo para cada atributo, gerar pontuações ou escores, estabelecer o grau de orientação da APS e possibilitar a comparação entre serviços.

3.4 ATRIBUTOS ESSENCIAIS – O ACESSO

Com o objetivo de desenhar a qualidade da atenção primária, Starfield (2002) definiu atributos chaves, são quatro os atributos essenciais à APS: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção. Destaca-se que, embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos tem significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não o restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito a oferta de serviços, a capacidade de produzir serviços e responder as necessidades de saúde de uma determinada população (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Na conclusão da revisão feita por Travassos e Martins (2004), o termo acessibilidade é preferido pelos autores que a usam como a descrição de uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população. Enquanto outros autores que adotam o termo acesso, em geral, focalizam na entrada inicial dos serviços de saúde.

Alguns estudos têm feito avaliação da atenção básica utilizando como objeto todos os atributos que caracterizam um serviço de saúde de atenção primária (ALENCAR et al., 2014). No presente estudo o enfoque será dado ao atributo Acesso. Prates e demais pesquisadores (2017) apontam para importância em estudar o atributo acesso de primeiro contato e seu subitem acesso de primeiro contato acessibilidade, os resultados do trabalho destes autores apresentaram um baixo desempenho nas diversas pesquisas do país.

O baixo desempenho do atributo acesso, encontrado nas pesquisas, pode refletir barreiras geográficas e organizacionais dos serviços em APS, como reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e tempo de espera na unidade para ser atendido (PRATES et al., 2017). Para além, em sua dimensão política, a construção do acesso se dá através da participação dos cidadãos e do controle social (PAULA WKAS et al., 2016). Avaliar a qualidade dos serviços, principalmente focando na atenção à saúde centrada no acesso, constitui-se uma prioridade no atual processo de expansão e consolidação da ESF (ARAÚJO et al., 2014).

Ainda, em relação a este atributo essencial da APS, a revisão de Damasceno et al. (2016) mostra a necessidade de uma ampliação nas políticas de saúde e de uma maior atenção dos gestores, para que os serviços de APS tenham um funcionamento mais integral e consigam cumprir sua função de prevenção, promoção e proteção da saúde.

4 METODOLOGIA E VIABILIDADE

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo a partir da abordagem quantitativa. É de natureza observacional, descritiva e apresentou um recorte temporal, do tipo transversal. “A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica” (ESPÉRON, 2017). As informações científicas sobre a pesquisa são geradas por observação, sem intervenções.

O estudo tem classificação descritiva que de acordo com Pereira (2002), objetiva descrever o que ocorre em uma determinada população, constituindo uma obra de reconhecimento preliminar sobre a situação, como é o caso dos diagnósticos coletivos em saúde. No tocante ao período de segmento do estudo, foi transversal ou seccional, o que torna mais abrangente, em que as observações e das mensurações das variáveis são simultâneas com dados coletados em um único momento que fica a critério do pesquisador (MEDRONHO et al., 2009).

É dito transversal posto que se apresenta como um corte instantâneo que se faz em uma população por meio de uma amostragem. Afirmando-se que tem como vantagem de ser de baixo custo e, praticamente, não haver perdas de segmentos. Quanto aos procedimentos técnicos, foi uma pesquisa de campo, pois foi realizada coleta de dados através da utilização de um questionário semiestruturado (Anexo 1) .

4.2 LOCAL DE ESTUDO E VIABILIDADE

A ESF foi implantada no município de Campina Grande, no ano de 1994, e desde então é responsável pela cobertura da maioria da população urbana. Segundo os dados disponíveis no DATASUS (BRASIL, 2017b), no ano de 2009, Campina Grande contava com uma população coberta pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 42.071 habitantes e uma população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) de 238.523 habitantes, totalizando uma cobertura de 73,1% da população pela atenção básica. Dados referentes a novembro de 2018 mostram que o município possui 120 estabelecimentos de saúde do tipo Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2017c).

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da UBS Ana Amélia Vilar Cantalice, localizada na Rua Fernando de Noronha, S/N, Bairro Três Irmãs em Campina Grande – PB CEP 58423 -135, registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 5053137. Por se localizar no conjunto Rocha Cavalcante a UBS também é conhecida por UBS Rocha Cavalcante.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2017a), Campina Grande – PB, segunda maior cidade do estado, possui uma população estimada de 410.332 habitantes, distribuídos em oito Distritos Sanitários. A unidade de estudo fica alocada no bairro das Três Irmãs, no VI Distrito Sanitário e atende cerca de 10.000 pessoas. Duas equipes da ESF são sediadas na unidade. Uma parte do território apresenta grande vulnerabilidade social, com ruas sem calçamento, esgoto a céu aberto. Outra parte possui saneamento básico adequado com ruas asfaltadas e calçadas.

A unidade comporta duas equipes da ESF, a equipe 1 foi escolhida para participação do estudo pelo fato do pesquisador fazer parte dela. Tal equipe possui uma área de abrangência composta por 07 microáreas, totalizando uma população aproximada de 4079 habitantes, destes: 27 crianças menores de 01 ano, 44 crianças entre 1 e 2 anos de idade, 15 gestantes, 347 hipertensos, 82 diabéticos e 32 pessoas com necessidade de acompanhamento domiciliar (Quadro 1.). A pesquisa foi desenvolvida no período de vigência julho de 2018 a novembro de 2018.

Quadro 1. Características da UBS Ana Amélia Vilar Cantalice, segundo microáreas. Campina Grande-PB.

UBS Ana Amélia Vilar Cantalice	Microáreas							Total
	01	02	03	04	05	06	07	
Usuários cadastrados	600	630	471	680	500	616	579	4079
Crianças < 1 ano	03	05	07	01	06	03	02	27
Crianças entre 1 – 2 anos	05	08	11	02	10	05	03	44
Diabéticos	10	09	16	07	12	17	11	82
Gestantes	02	03	01	04	-	02	03	15
Hipertensos	46	49	68	43	48	49	44	347
Necessitam de visita domiciliar	03	03	10	02	05	05	04	32
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	-	-
Hanseníase	-	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: UBS Ana Amélia Vilar Cantalice

4.3 AMOSTRA

Com base nos dados descritos no Quadro 1., dos usuários cadastrados 347 são hipertensos. Em consideração a análise de uma amostragem equivalente, procedeu-se a investigação do quantitativo amostral de pacientes para aplicação do questionário, sendo contabilizado com 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e proporção de 10%, usando a seguinte fórmula: $n = o^2 p.q.N/e^2 (N-1) + o^2 p.q$ (MAROTTI, 2008). Onde **n** = tamanho da amostra (o que se deseja saber); **o**² = nível de confiança escolhido, expresso em nº de desvios-padrão; **p** = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica; **q** = porcentagem complementar (100-p); **e** = erro máximo permitido; **N** = tamanho da população. Ao final do cálculo proposto, o resultado necessário para validação da amostra foi fixado em 18 % da amostra inicial, expressando o resultado de 66 pacientes que participaram da pesquisa.

Posteriormente à determinação do tamanho da amostra, a coleta de dados se deu de modo randomizado, com o intuito de abarcar pacientes de todas as sete microáreas.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:

4.4.1 Critérios de inclusão:

- Usuário residente na área de abrangência da UBS, devidamente cadastrado, de ambos os sexos;
- Indivíduos com um diagnóstico prévio confirmado de HAS, que tenham pelo menos uma consulta no último semestre;
- Idade \geq 18 anos.

4.4.2 Critérios de exclusão:

- Pacientes que recusem assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Apêndice 1);
- Pacientes inconscientes e/ou desorientados;
- Pacientes gestantes.

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:

O questionário apresentado no Apêndice 2 foi desenhado para avaliação da atenção primária, de modo quantitativo. Dentre os tópicos abordados tem-se o enfoque no grau de

afiliação, acesso do primeiro contato - Utilização e Acessibilidade. É válido ressaltar que o instrumento aplicado nesta pesquisa está baseado no PCATool-Brasil versão usuários adultos.

Conforme o Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2010), a versão validada do PCATool do Adulto é composta por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. No presente estudo foram utilizados os três primeiros componentes:

- Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A): constituído por 3 itens (A1, A2 e A3);
- Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B): constituído por 3 itens (B1, B2 e B3) e
- Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C): constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).

As respostas para os itens B e C utilizam escala do tipo Likert (4 = com certeza sim, 3 = provavelmente sim, 2 = provavelmente não, 1 = com certeza não), com acréscimo da opção 9 = não sei/não lembro. A partir das respostas a estes itens, é possível calcular escores. Essas pontuações podem servir como indicadores da qualidade da atenção e ajudar na compreensão da presença e dimensão da APS (JUSTO et al., 2017).

Quanto ao uso de alguns itens do PCATool, D'Ávila et al. (2017) afirmam que este instrumento apresenta simplicidade na sua utilização, na sua aplicação e no cálculo dos escores, características que o tornam útil e adequado para ser usado na gestão local dos serviços, principalmente nas suas versões reduzidas em número de itens.

Para o presente estudo foi feita uma modificação no instrumento com a colocação do nome do serviço UBS Rocha Cavalcante nas perguntas dos componentes B e C, conforme previsto na recomendação do questionário para o entrevistador item A5, o qual serve para a identificação do serviço de saúde ou do profissional avaliado (BRASIL, 2010).

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS:

A coleta de dados ocorreu na residência dos usuários, mediante agendamento prévio, com intermediação e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para realização da coleta foi utilizada uma relação de hipertensos cadastrados, que atendam aos critérios de inclusão, fornecida pelos próprios ACSs, especificando o endereço de cada indivíduo.

O procedimento da coleta foi realizado por alunos de medicina de uma faculdade local que frequentam o internato na UBS acompanhados pelo ACS em cada microárea. A entrevista durou uma média de 20 minutos por sujeito, foram feitas em média 3 a 4 entrevistas por semana, no período agosto a novembro de 2018, resguardando a preservação da identidade/confidencialidade do participante. Vale destacar que em determinados domicílios residiam mais de um indivíduo que se enquadrava nos critérios da pesquisa, sendo estes inseridos na pesquisa durante uma mesma visita, o que viabilizou uma maior coleta de dados num mesmo domicílio.

4.7 METODOLOGIA PARA ANÁLISE DE DADOS:

Os dados coletados foram analisados indutivamente através da análise dos resultados produzidos a partir da aplicação do instrumento, verificando e testando as associações entre variáveis com o teste Qui-quadrado. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para aceitação da hipótese de nulidade.

A análise dos dados foi feita inicialmente com o cálculo dos escores obtidos. Como são observadas ao longo do instrumento, as respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes serão calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente (BRASIL, 2010).

Para os cálculos dos escores seguiram-se os seguintes passos:

1º Passo:

Os itens C9, C10, C11, C12 foram formulados de maneira que quanto maior o valor (resposta) atribuído, menor é a orientação para APS. Logo, estes itens devem ter seus valores invertidos para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4) (BRASIL, 2010).

2º Passo:

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) atingisse 50%, o escore deste componente para este entrevistado não era calculado e fora retirado da pesquisa.

Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco (“*missing*”) com respostas “9” (“não sei/não lembro”) for inferior a 50% do total de itens de um componente, o valor “9” será transformado para valor “2” (“provavelmente não”). Esta transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado (BRASIL, 2010).

3º Passo: Grau de Afiliação – componente de estrutura do atributo Longitudinalidade:

Corresponde aos itens A1, A2 e A3. O escore para este componente requer o uso do seguinte algoritmo (BRASIL, 2010). Algoritmo:

- Todas as respostas NÃO:

$A1 = A2 = A3 = 0$, então Grau de Afiliação = 1.

- Uma, duas ou três respostas SIM, porém diferentes, relativas a diferentes serviços:

$A1 \neq A2 \neq A3 \neq 0$, então Grau de Afiliação = 2

- Duas respostas SIM iguais, relativas ao mesmo serviço:

$A1 = A2$ ou $A1 = A3$ ou $A2 = A3$ e iguais a SIM, então Grau de afiliação = 3

- Todas as respostas SIM:

$A1 = A2 = A3 = 1$, então Grau de Afiliação = 4

4º Passo: Acesso de Primeiro Contato:

Este atributo é formado por dois componentes (BRASIL, 2010):

- **Acesso de Primeiro Contato - Utilização (B):** itens B1, B2 e B3.

O cálculo do escore para este componente é feito pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (B1 + B2 + B3) / 3$$

- **Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade (C):** correspondem aos itens: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12.

Os itens C9, C10, C11 e C12 têm valores invertidos (Veja 1º Passo: Inversão de Valores). Após a inversão dos valores destes 4 itens, o escore para este componente é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.

$$\text{Escore} = (C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6 + C7 + C8 + C9 + C10 + C11 + C12) / 12$$

De início, o escore para o atributo foi calculado pela média dos valores das respostas de cada questão, conforme estabelecido pelo manual do instrumento PCATool-Brasil. Em seguida, o escore obtido foi transformado em uma escala de 0 a 10 conforme segue: $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/3$. Foram considerados valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e valores $< 6,6$ foram considerados baixos ou insatisfatórios, pois indicam a presença adequada ou não do atributo avaliado, respectivamente, e, portanto, reflete a qualidade da atenção ofertada pelo serviço (BRASIL 2010).

Os dados foram processados empregando-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 17. A análise se deu por meio da estatística descritiva e exploratória dos dados, seguindo as orientações do Manual do instrumento PCATool-Brasil (BRASIL 2010).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS:

O estudo em questão está de acordo com as normas e orientações dispostas na Norma Operacional nº 001/2013 – Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências Médicas (UFPB-CCM), sob o Protocolo CAAE: 93974718.3.0000.8069.

5 RESULTADOS

Com a coleta de dados e preenchimento dos dados na planilha Excel, resultou-se numa amostra composta por 66 usuários. Vale salientar que aplicação dos questionários respeitou os critérios de elegibilidade para compor a amostra.

Em relação às características biológicas, para o sexo verificou-se uma maior prevalência de 77,27 % dos pacientes do sexo feminino (n= 51), e em relação ao sexo masculino, com 22,72 % (n= 15), como visto na tabela a seguir.

TABELA 1. Pacientes hipertensos segundo o sexo. UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice

SEXO	N	FREQUÊNCIA
Feminino	51	77,27 %
Masculino	15	22,72 %

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

Tendo em consideração a idade, esta apresentou uma média de 69,33 anos (Tabela 2), com maior prevalência de pacientes entre 55- 64 anos (Tabela 3).

Para avaliação da distribuição etária entre os usuários, os resultados foram submetidos ao teste de normalidade. Com intuito de testar se a distribuição da amostra foi normal, foi realizado o teste de normalidade. É válido ressaltar para o teste a hipótese de nulidade H_0 : distribuição da amostra igual à distribuição normal, e a hipótese alternativa H_a : distribuição da amostra diferente da distribuição normal. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$), quanto o $p > 0,05$ considera-se os dados com distribuição normal, quanto o $p < 0,05$ se tem uma distribuição anormal.

TABELA 2. Análise estatística da idade dos pacientes hipertensos na UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice.

IDADE	
Média	69,33 anos
Maior	94 anos
Menor	26 anos
Desvio padrão amostral	12,72

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

TABELA 3. Pacientes hipertensos segundo faixa etária. UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice.

FAIXA ETÁRIA	N	PROPORÇÃO
<34 anos	1	1,51 %
35-44 anos	4	6,06 %
45-54 anos	9	13,63 %
55-64 anos	22	33,33 %
65-74 anos	16	24,24 %
>75 anos	14	21,21 %
TOTAL	66	100%

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

GRAU DE AFILIAÇÃO

No que se refere ao grau de afiliação, de acordo com a opinião dos entrevistados, a unidade obteve um elevado escore essencial da APS, pontuando 8,33. A análise estatística que compõem o Grau de Afiliação em Serviços de Saúde está apresentada na tabela, a seguir.

TABELA 4. Média e escore essencial quanto ao Grau de Afiliação dos pacientes hipertensos na UBS - Ana Amélia Vilar Cantalice.

A- GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE					
Grau de Afiliação			N	Escore	Total dos escores
4			40	10,0	400,00
3			19	6,67	126,73
2			7	3,33	23,31
1			-	-	-
MÉDIA	3,500	Total	66		550,04
Desvio padrão	0,697			ESCORE FINAL	8,33

FONTE Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

UTILIZAÇÃO

O componente utilização obteve escore médio de 8,26. Este componente é referido no instrumento pela informação se a procura pelo serviço de saúde compreende os momentos:

em que se precisa de uma consulta de revisão, de um novo adoecimento e referência do serviço para outros especialistas. Obteve-se um escore essencial de 8,265, apontando para efetiva relação entre serviço e os seus usuários, levando a satisfação da população.

TABELA 5. Médias e escores do componente UTILIZAÇÃO do atributo Acesso de Primeiro Contato, dos pacientes hipertensos na UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice.

B- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO			
ATRIBUTO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORE
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (rotina, check-up), você vai a sua UBS- Rocha Cavalcante antes de ir a outro?	3,606	0,832	8,868
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a sua UBS- Rocha Cavalcante antes de ir a outro?	3,454	0,972	8,181
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, a sua UBS- Rocha Cavalcante tem que encaminhar você obrigatoriamente?	3,378	1,138	7,929
TOTAL	3,479	0,847	8,265

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

ACESSIBILIDADE

Os questionamentos alusivos ao componente acessibilidade relacionam-se com atendimento do indivíduo no mesmo dia do adoecimento, tempo de espera para consulta, facilidade de agendamentos e comunicação via telefone (BRASIL,2010).

Na avaliação da acessibilidade o escore essencial de 3,994, expressando fragilidade na estrutura dos serviços, podendo estar relacionada à falta ou pouca qualificação de recursos humanos, as dificuldades em agendamento de consultas, ao tempo de espera superior a 30 minutos, gestão inadequada ao atendimento impossibilitando a acessibilidade.

A tabela a seguir mostra a comparação das médias e escores do atributo. Observam-se queixas negativas a acessibilidade nos itens “C1” e “C2”, expressando uma falha no horário de funcionamento do serviço, bem como a falta de disponibilidade dos profissionais associada ao fechamento do posto, em “C6” e “C7”. Ademais, podem se observar outros questionamentos que foram insatisfatórios, o que implicou num escore inferior ao recomendado.

Ao abordar se o usuário tem facilidade em conseguir o atendimento médico quando achar necessário em “C11” e quando interrogado sobre conseguir consulta no mesmo dia em que ficar doente, estando o posto aberto, em “C3”, a maioria respondeu de maneira satisfatória, representando respectivamente escores de 7,626 e 6,767.

Não houve variáveis significativas, ao nível de significância de 5%, dentre as que expressam acesso e suas relações com gênero.

TABELA 6. Médias e escores do componente ACESSIBILIDADE do atributo Acesso de Primeiro Contato, dos pacientes hipertensos na UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice.

C- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE			
ATRIBUTO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORE
C1 – A UBS- Rocha Cavalcante fica aberto no sábado ou no domingo?	1,227	0,419	0,757
C2 – A UBS- Rocha Cavalcante fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,257	0,470	0,858
C3 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está aberta e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia?	3,030	0,887	6,767
C4 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,378	1,190	4,595
C5 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada, existe um número de telefone pra o qual você possa ligar quando fica doente?	1,818	1,071	2,727
C6 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada no sábado e no domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	1,378	0,733	1,262
C7 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	1,348	0,728	1,161
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão neste serviço?	2,939	1,099	6,464
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consulta (sem contar triagem ou acolhimento)?	2,181	1,192	3,939
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora na UBS- Rocha Cavalcante?	2,954	1,160	6,515
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico na UBS- Rocha Cavalcante quando pensa que é necessário?	3,287	1,041	7,626
C12 – Quando você tem que ir a UBS- Rocha Cavalcante, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	2,5775	1,181	5,252
TOTAL	2,198	0,476	3,994

FONTE: Dados da pesquisa. Campina Grande - PB. 2018.

ESCORE ESSENCIAL DO ATRIBUTO ACESSO

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais Grau de Afiliação dividido pelo número de componentes, conforme a fórmula:

$$EE = \frac{A + B + C}{3}$$

Onde EE é o escore essencial do atributo, A corresponde ao Grau de Afiliação, B ao escore médio do componente Utilização e C ao escore médio do componente Acessibilidade. O escore essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato foi de 6,864. Desta forma, foi evidenciado que a UBS Ana Cantalice possui um grau de orientação à APS considerado satisfatório.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou uma amostra composta por adultos hipertensos cadastrados na equipe I da UBS Ana Amélia Vilar Cantalice. Foi verificada a predominância de mulheres, correspondendo a mais de 75% dos entrevistados, o que caracteriza um perfil dominante de hipertensos femininos. As VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016) mostram que na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 constatou-se prevalência de HAS autorreferida estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior no sexo feminino.

Segundo trabalho de Paes et al. (2014), esta preponderância do sexo feminino em hipertensos é comum nos serviços de atenção à saúde. No artigo de Justo et al. (2017) sobre acessibilidade à UBS foi constatado que o grupo de usuários da pesquisa era composto majoritariamente por pessoas do sexo feminino.

A média de idade da amostra deste trabalho foi de 69,33 anos, com maior prevalência de pessoas entre 55-64 anos. Segundo as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016), existe associação direta e linear entre o envelhecimento da população e prevalência de HAS.

Quanto ao Grau de Afiliação, o escore encontrado nesta pesquisa foi elevado. No artigo de Almeida et al. (2017), este componente também foi bem avaliado pelos usuários em geral. O Grau de Afiliação é um dos componentes da avaliação do atributo longitudinalidade

da APS conforme o Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2010).

Apesar da avaliação deste atributo não fazer parte dos objetivos deste trabalho, segundo o mesmo manual, os itens sobre afiliação tem o objetivo de identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado. Portanto, o Grau de Afiliação é uma parte fundamental do instrumento porque é onde o entrevistado identifica o serviço de saúde pesquisado (BRASIL, 2010).

O componente Utilização alcançou um escore elevado nesta pesquisa. No estudo de Araújo et al. (2014), esta dimensão também obteve uma boa avaliação. Estes autores atribuíram o bom resultado da utilização pelo fato de se ter realizado com usuários idosos do serviço de saúde. Os mesmos autores observaram que viés semelhante acontece também na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde do Brasil. Para reduzir esta tendência, Araújo et al. (2014) utilizaram a estratégia de realizar as entrevistas aos usuários em seus domicílios, em virtude de ser um ambiente menos propenso a interferências.

Para a realização do presente estudo foi utilizada a mesma estratégia, de modo que todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios das pessoas que concordaram em participar.

No trabalho de Reis et al. (2013) a utilização dos serviços recebeu melhor avaliação quando comparada ao acesso. Semelhantemente na revisão de Prates et al. (2017), o atributo acesso de primeiro contato e seu componente acessibilidade apresentaram um baixo desempenho, enquanto o componente utilização alcançou um alto desempenho, o que leva a sugestão de que o usuário busca o serviço de saúde quando necessário e que embora existam dificuldades estruturais ao acesso, os usuários percebem os serviços de APS como sua primeira fonte de atenção à saúde.

Assim como foi observado por De Oliva et al. (2015) ao concluírem que através da avaliação do atributo essencial acesso de primeiro contato, percebe-se que a ESF é a primeira escolha da maioria dos usuários quando precisa de serviço de saúde.

O escore baixo obtido para a Acessibilidade foi semelhante ao encontrado em outros estudos publicados. Na revisão sistemática realizada por Paula WKAS et al. (2016) foram observados baixos escores no atributo Acesso de Primeiro Contato mesmo quando foram consideradas as UBS. Os autores desta revisão sugerem que o baixo desempenho deste atributo se deve principalmente aos problemas organizacionais persistentes que prejudicam a utilização dos serviços de saúde.

Da mesma forma, Paula CC et al. (2016) demonstraram que os componentes do atributo acesso de primeiro contato são prejudicados por fatores ligados a deficiências na organização e gestão dos serviços de saúde, o que pode gerar influência negativa no uso da APS. Por sua vez, Araújo et al. (2014) consideram o atributo Acesso de Primeiro Contato como prioridade de ações de melhoramento da qualidade, no seu trabalho o componente acessibilidade apresentou o pior escore médio dentre todos os outros.

Desta maneira, a presente avaliação mostrou que no instrumento PCATool-Brasil cada atributo essencial é composto por uma dimensão relacionada à estrutura e outra ao processo de atenção (BRASIL, 2010). Para o atributo estudado neste trabalho, o acesso de primeiro contato, o componente acessibilidade está relacionado à estrutura do serviço de saúde enquanto a utilização corresponde ao processo.

E ainda, o escore elevado para a utilização e o baixo escore para a acessibilidade encontrados neste estudo são similares aos resultados da pesquisa de Gontijo et al. (2017), a qual também obteve um escore elevado para a dimensão utilização ao mesmo tempo em que mostrou um escore abaixo do esperado para o componente acessibilidade.

Deste modo, foi verificado por Gontijo et al. (2017) que a utilização correspondente ao processo de trabalho das equipes é muito bem avaliada enquanto a estrutura relacionada à dimensão acessibilidade exibe deficiências, o que compromete o alcance pleno do atributo de primeiro contato.

A garantia do atendimento completo do acesso de primeiro contato pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, além de otimizar o tempo para a resolução do problema de saúde e de efetivação dos encaminhamentos (GONTIJO et al., 2017).

Giroto et al. (2013) comprovou a associação entre maior frequência a consultas médicas e adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico da HAS. Assim,

concluíram que o acesso aos serviços de saúde e a consultas médicas deve ser garantido, com o objetivo de minimizar os riscos de não adesão ao tratamento desta condição crônica.

Penso et al. (2017) notaram no instrumento PCATool-Brasil uma possível relação entre o termo acesso de primeiro contato com a flexibilização de dias e horários de funcionamento das unidades, o atendimento prestado com agilidade, a disponibilidade dos profissionais para o atendimento e o acolhimento dos sujeitos.

Segundo Gomes e Fracolli (2018), as transformações necessárias para a melhoria da acessibilidade na APS não consistem apenas nas modificações no horário de funcionamento e extensão do atendimento da ESF para os finais de semana, mas passam por decisão política e administrativa e que para a ampliação do acesso, deve haver condições para melhor execução do trabalho pela equipe de saúde, tais como: capacitação dos profissionais; remuneração condizente com os horários e a jornada de trabalho; organização da programação dos serviços; planejamento das ações a serem realizadas, e disponibilidade e adequação de insumos.

Por fim, o Escore Essencial (EE) do atributo Acesso obtido neste trabalho foi considerado satisfatório, o Grau de Afiliação e o item Utilização influenciaram positivamente esta pontuação, enquanto a dimensão acessibilidade não permitiu que este escore essencial atingisse valor mais elevado. Gontijo et al. (2017) em seu artigo também admitiram que os altos valores obtidos no Grau de Afiliação e Utilização foram o motivo de se ter alcançado um valor próximo ao desejável do Escore Essencial.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou que os hipertensos atendidos na UBS estudada avaliaram como satisfatórios o Grau de Afiliação e a Utilização do serviço de saúde, enquanto avaliaram como insatisfatório a Acessibilidade, visto que este componente atingiu escore inferior ao recomendado. Contudo o Escore Essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato alcançou uma pontuação considerada adequada em virtude dos altos escores obtidos nos itens correspondentes ao Grau de Afiliação e Utilização.

Os resultados encontrados neste estudo foram concordantes aos observados na literatura consultada. Constatou-se que a acessibilidade apresenta fragilidades em diversos serviços de saúde, inclusive no local deste estudo. Como foi relatado, esse componente encontra-se diretamente relacionado à estrutura dos serviços de saúde, e que as mudanças necessárias para seu melhoramento pertencem também às esferas políticas e administrativas.

O fato da obtenção de um bom desempenho no Grau de Afiliação mostra que a equipe de saúde estudada apresenta uma boa avaliação do atributo essencial longitudinalidade, pelo menos em parte, já que apenas um dos dois componentes deste atributo foi investigado. Da mesma maneira, o processo de trabalho da equipe para garantir o acesso foi bem avaliado pelos usuários entrevistados.

Assim, o presente trabalho observou que o acesso aos hipertensos na UBS analisada encontra-se adequado segundo os parâmetros do PCA Tool. Entretanto, é válido salientar que avaliações deste tipo devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde para que as debilidades sejam identificadas com a finalidade de que a APS exerça de forma plena os seus atributos. Conforme mostrado na PNAB (BRASIL, 2012) como uma das características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: a participação do planejamento local de saúde, monitoramento e avaliação das ações da equipe.

Do mesmo modo, esta pesquisa contemplou, por ter se realizado no âmbito de uma da equipe de uma UBS, a resolução contida na Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) a qual considera que todas as UBS são consideradas como espaços potenciais para educação, formação de recursos humano bem como pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Monyk Neves de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.353-364, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>.

ALMEIDA, Maria Helena Morgani de et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

ARAÚJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3521-3532, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.

ARCARI, Janete Madalena; RITTER, Fernando; MARTINS, Aline Blaya. Avaliação da satisfação dos usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde. **Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da saúde coletiva**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 337-352.

BRASIL, IBGE. **Censo Demográfico**, 2017. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 25 de jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm> [Acessado em 28 de dezembro de 2018].

_____. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePB.def> [Acessado em 28 de dezembro de 2018].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 set. 2017.

CARNEIRO, Maria do Socorro Melo et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. , p.279-295, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s021>.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de APS**, v. 19, n. 1, 2016.

D'AVILA, Otávio Pereira et al. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. **Ciencia & saude coletiva**, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017.

DE OLIVA, Ana Carolina Dias et al. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. **Revista Uniabeu**, v. 8, n. 18, p. 196-208, 2015.

DOTTO, Júlia de Melo et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia - Upf**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.23-30, 18 out. 2016. UPF Editora. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5385>.

ESPERÓN, Julia Maricela Torres. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.1-2, 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170027>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4851-4860, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

GOMES, Maria Fernanda Pereira; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 3, 2018. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7108>.

GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 741-752, 2017.

HARZHEIM, Erno et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.1399-1408, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s.l.], v. 8, n. 29, p.274-284, 8 nov. 2013. **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)**. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829).

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Rio de Janeiro**. Vol. 8, no. 29 (out./dez. 2013), p. 244-255, 2013.

IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 11, n. 3, p.683-703, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000300016>.

JUSTO, Cátia Maria 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.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.553-559, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.

MAROTTI, Juliana et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo, Vol. 20, n. 2, p. 186-194, 2008.

MEDRONHO, Roberto de Andrade. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685p.

MURARO, A. P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n.5, Mai. 2013.

OLIVEIRA, Gláucia Maria Moraes de et al. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 36, n. 11, p. 789-798, 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. , n. 66, p.158-164, 2013.

PAES, Neir Antunes et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Washington , v. 32, n. 2, p.87-93, ago. 2014.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e serviços de Saúde**, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAULA, Cristiane Cardoso de et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista de pesquisa, cuidado é fundamental (Online)**, p. 4056-4078, 2016. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>.

PENSO, Jéssica Mazutti et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1881-1893, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.

REIS, Regimarina Soares et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3321-3331, 2013.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SILVA, Abiúde Nadabe e et al. Primary care assessment from a male population perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 2, p.236-243, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.

SILVA, Simone Albino da; BAITILO, Tamara Cristina; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.979-987, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>.

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal Of Family Practice**, Parsippany, v. 50, n. 2, p.161-175, fev. 2001.

SILVA, Carla Silvana de Oliveira e et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 11, p.4407-4415, nov. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.14122013>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2010, vol.95, n.1, suppl.1, pp.I-III. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol.** [online]. 2016, vol.107, n.3, suppl.3, pp.1-83. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160140>.

STEIN, Airton Tetelbom. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 179-181, 2013.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190-S198, 2004.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 9, p.1941-1952, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00132114>.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da pesquisa: AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE. Pesquisador responsável: Edenilson Cavalcante Santos. Contato: edenilsoncavalcante@oi.com.br; Comitê de ética do CCM-UFPB – Centro de Ciências Médicas. - Campus I, Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba – CEP 58.051-900. Telefone. (83) 3216-7619. E-mail: comitedepesquisa@ccm.ufpb.br

Convidamos o (a) senhor (a) a participar ou autorizar a participação como voluntário na pesquisa intitulada: “**Avaliação do atributo acesso dos usuários hipertensos a uma Unidade Básica de Saúde**”. Caso concorde, deverá assinar este formulário em duas vias, uma delas será sua.

A referida pesquisa tem por objetivo principal: Avaliar o atributo acesso do usuário hipertenso que busca atendimento médico na Unidade Básica de Saúde Ana Amélia Vilar Cantalice (Rocha Cavalcante). E como objetivos específicos, analisar a afiliação do usuário hipertenso à UBS; Avaliar a utilização dos serviços da UBS pelos hipertensos cadastrados; Estudar a acessibilidade dos hipertensos aos serviços da UBS; Avaliar a reprodutividade do método PCA tool para avaliação do acesso dos hipertensos na atenção básica. Uma vez que o atributo acesso é fundamental para obter sucesso na redução dos indicadores e da morbi-mortalidade da HAS, de acordo com o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial operacionalizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), através da utilização de mecanismos capazes de pôr em prática os princípios e diretrizes fundamentais para a implantação de um sistema universal, integral e equânime. Nesse contexto, a acessibilidade aos serviços de saúde contribui para este propósito, compreendendo um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população, explicando as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais e representando uma dimensão importante nos estudos sobre a equidade nos sistemas de saúde.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá apenas em responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde, não implicando em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita na sua casa e contamos com cerca de cinco minutos da sua atenção. Para evitar qualquer risco, todas as informações serão confidenciais, o nome do participante será mantido em sigilo, e os dados obtidos terão finalidade acadêmica e publicação. Todos os dados serão arquivados por cinco anos e após incinerados, conforme orientação Resolução CNS N. 196/96.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado(a) quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do pesquisador.

Data: ___/___/___

Pesquisador responsável: Edenilson Cavalcante Santos Telefone: (83) 3339-6317

APÊNDICE 2



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação do atributo acesso dos usuários hipertensos a uma Unidade Básica de Saúde**”, desenvolvido por **Edenilson Cavalcante Santos** discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, orientado pela Dra. **Jória Viana Guerreiro**, tendo como cenário a Unidade Básica de Saúde Ana Amélia Vilar Cantalice (Rocha Cavalcante).

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande – PB, 03 de julho de 2018.

Atenciosamente,

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595. Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).

CEP: 58417-003. Telefone: (83) 3335-7254

APÊNDICE 3 – ARTIGO 1**RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL
(PCATool-Brasil) EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.**Edenilson Cavalcante Santos ¹Jória Viana Guerreiro ²Nemório Rodrigues Alves ³Hugo Ricardo Torres da Silva ⁴Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes ⁵

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo revisar sistematicamente e descrever os resultados obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil, em relação aos atributos essenciais encontrados nesta ferramenta avaliativa. Aplicou-se a estratégia PRISMA na coleta e análise sistemática de conhecimento em bases de periódicos indexadas. Foi guiado pela questão norteadora: “quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?” Foram consultadas as bases CINAHL, LILACS e a biblioteca virtual SciELO, a partir da combinação dos descritores. Seguindo os critérios de exclusão e inclusão, analisaram-se sete artigos. Os resultados obtidos demonstra o atributo coordenação da atenção como sendo o mais bem avaliado, em contrapartida o atributo acesso apresenta os piores escores, implicando substancialmente na qualidade da APS. Pode-se constatar que os escores totais, produzido a partir da junção de todos atributos essenciais e derivados, em sua grande maioria são insatisfatórios, média $\leq 6,6$. Torna-se evidente a importância da ampliação de novos estudos e divulgações das estratégias e intervenções que priorizem a qualidade da APS.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação dos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

¹ Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: edenilsoncavalcante@oi.com.br

² Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: joria2005@yahoo.com.br

³ Enfermeiro. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: nemorio_rodrigues@hotmail.com

⁴ Graduando de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: huugorts@gmail.com

⁵ Graduanda de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: allanarenally@gmail.com

**RESULTS OF THE APPLICATION OF PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL
(PCATool-Brazil) IN HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW**

Edenilson Cavalcante Santos ¹

Jória Viana Guerreiro ²

Nemório Rodrigues Alves ³

Hugo Ricardo Torres da Silva ⁴

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes ⁵

ABSTRACT: This study aims to systematically review and describe the results obtained from the application of PCATool-Brazil, in relation to the essential attributes found in this evaluative tool. The PRISMA strategy was applied in the collection and systematic analysis of knowledge in databases of indexed journals. It was guided by the guiding question: "What are the results that are being obtained from the application of PCATool-Brazil in its three versions regarding the essential attributes?". CINAHL, LILACS and the SciELO virtual library were consulted from combination of descriptors. Following the exclusion and inclusion criteria, seven articles were analyzed. The results obtained demonstrate the attribute of coordination of care as the best evaluated, in contrast the attribute access presents the worst scores, implying substantially in the quality of PHC. It can be observed that the total scores produced from the junction of all essential attributes and derivatives, are mostly unsatisfactory, mean ≤ 6.6 . It is evident the importance of conducting new studies and dissemination of strategies and interventions that prioritize the quality of PHC.

KEY WORDS: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Health Care Quality, Access, and Evaluation.

¹ Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: edenilsoncavalcante@oi.com.br

² Doutora em Saúde Pública. Professora do Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: joria2005@yahoo.com.br

³ Enfermeiro. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: nemorio_rodrigues@hotmail.com

⁴ Graduando de Medicina. Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: huugorts@gmail.com

⁵ Graduanda de Enfermagem. Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: allanarenally@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, de valores e princípios ¹. A partir do início da década de 1990, a APS tem se voltado predominantemente para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que possui como objetivos principais a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) bem como a reorganização do modelo de atenção à Saúde. A introdução, propagação e fortalecimento da APS no Brasil culminou com a produção de conhecimento sobre formas de avaliação da qualidade dos cuidados primários prestados à população.

Nesse ínterim, Starfield, Shi e Xu ² definem os quatro atributos essenciais para os serviços orientados ao modelo da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Avaliar estes atributos é fundamental para que se compreenda a implementação dos programas e políticas de saúde. Outrossim, a partir de tais processos avaliativos pode-se mensurar a qualidade das ações e serviços em saúde que estão sendo ofertadas.

Com o exposto acima, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) se apresenta como uma ferramenta elaborada nos Estados Unidos e validada em 2006 para aplicação no Brasil. Através dela, pode-se avaliar as interações no contexto da APS e medir aspectos relacionados ao processo de atenção e estrutura. É no território em que pode-se enxergar as diversas complexidades encontradas no cenário da APS. Deste modo, a avaliação deste nível de atenção constitui uma das melhores formas de se coletar informações para os gestores e tem como intuito responder as interrogações que antecedem à tomada de decisão em saúde ¹.

O PCATool-Brasil é encontrado em três versões autoaplicáveis: Criança, Adulto e Profissionais. A primeira deve ser aplicada aos pais das crianças ou cuidadores destas identificando, deste modo, quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde destas. A versão Adulto é utilizada para indivíduos maiores de 18 anos. E a versão Profissionais foi criada em espelho da versão PCATool Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança ¹.

A importância da implementação do PCATool-Brasil reside na inexistência de outras ferramentas avaliativas validadas que possam quantificar os atributos relacionados à APS, em diferentes serviços de saúde, produzindo *scores*. Com isto em mente e partindo da necessidade desse tipo de avaliação, buscou-se responder a seguinte indagação: quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?

Para tanto, o presente estudo tem como objetivo revisar sistematicamente e descrever os resultados obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil, mediante estudos disponíveis na literatura nacional e internacional, em relação aos atributos essenciais encontrados nesta ferramenta avaliativa.

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão sistemática da literatura onde objetiva-se descrever e analisar os resultados obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil. Para alcance do resultado foi utilizado o instrumento *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que consiste em ajudar os autores a melhorar o relato das revisões sistemáticas e meta-análises ³. O PRISMA organiza a seleção dos estudos de

revisão através de um fluxograma explicativo contendo os seguintes tópicos: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão.

Para nortear esta revisão, foi elaborada a seguinte questão: “quais são os resultados que estão sendo obtidos a partir da aplicação do PCATool-Brasil em suas três versões no tocante aos atributos essenciais?”

A partir dessa indagação, a coleta de dados se deu através de pesquisa por via eletrônica, no período de Junho a Julho de 2018 incluindo artigos publicados até Maio de 2018. O levantamento bibliográfico se deu através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram selecionadas as bases de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line* (MEDLINE). Somado a isso, também foi pesquisado na biblioteca on-line *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na base de dados *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) acessada por meio do Portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para a localização dos estudos relevantes, que respondessem à pergunta de pesquisa, utilizaram-se de descritores indexados nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca se deu através de combinações dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Avaliação dos serviços de saúde” “Atenção primária à Saúde” e “Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde”. E, por conseguinte, foram utilizados os seus correspondentes em inglês incluídos no *Medical Subjects Headings* (MeSH), sendo eles: “*Health Services Evaluation*”, “*Primary Health Care*” e “*Health Care Quality, Access, and Evaluation*”. Os descritores foram combinados com os operadores booleanos “E”, “OU”, “AND” e “OR”.

Os estudos recuperados a partir de estratégias de busca foram avaliados conforme o título e o resumo, identificando-se aqueles pertinentes ao tema proposto, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Nos casos em que os dados fornecidos não eram suficientes para definir a inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi considerado para a pré-seleção, evitando-se desta forma exclusões equivocadas.

Após a leitura de títulos e resumos, dois revisores selecionaram os artigos para leitura na íntegra, tomando como referência a questão do estudo. Nos trabalhos em que geraram dúvidas, um terceiro pesquisador realizou a análise para definição por consenso sobre a classificação do mesmo, prevalecendo a opinião da maioria. Para a extração dos dados dos artigos e sua posterior organização, utilizou-se de um instrumento contendo as seguintes informações: Título, autor e ano, desenho do estudo, objetivos e principais resultados.

Para interpretação crítica dos artigos, procedeu-se às discussões entre os autores obtendo, ao final, consenso acerca do conteúdo apresentado. É válido ressaltar que o atual trabalho fez uso de informações de domínio público, acessadas na internet, e dessa maneira não se faz uso de dados que exijam o sigilo ético. Devido à heterogeneidade da metodologia dos estudos incluídos na revisão, não foi possível realizar meta-análise. Após arguta análise nos títulos, resumos e textos na íntegra, foram selecionados sete artigos científicos para compor a amostra.

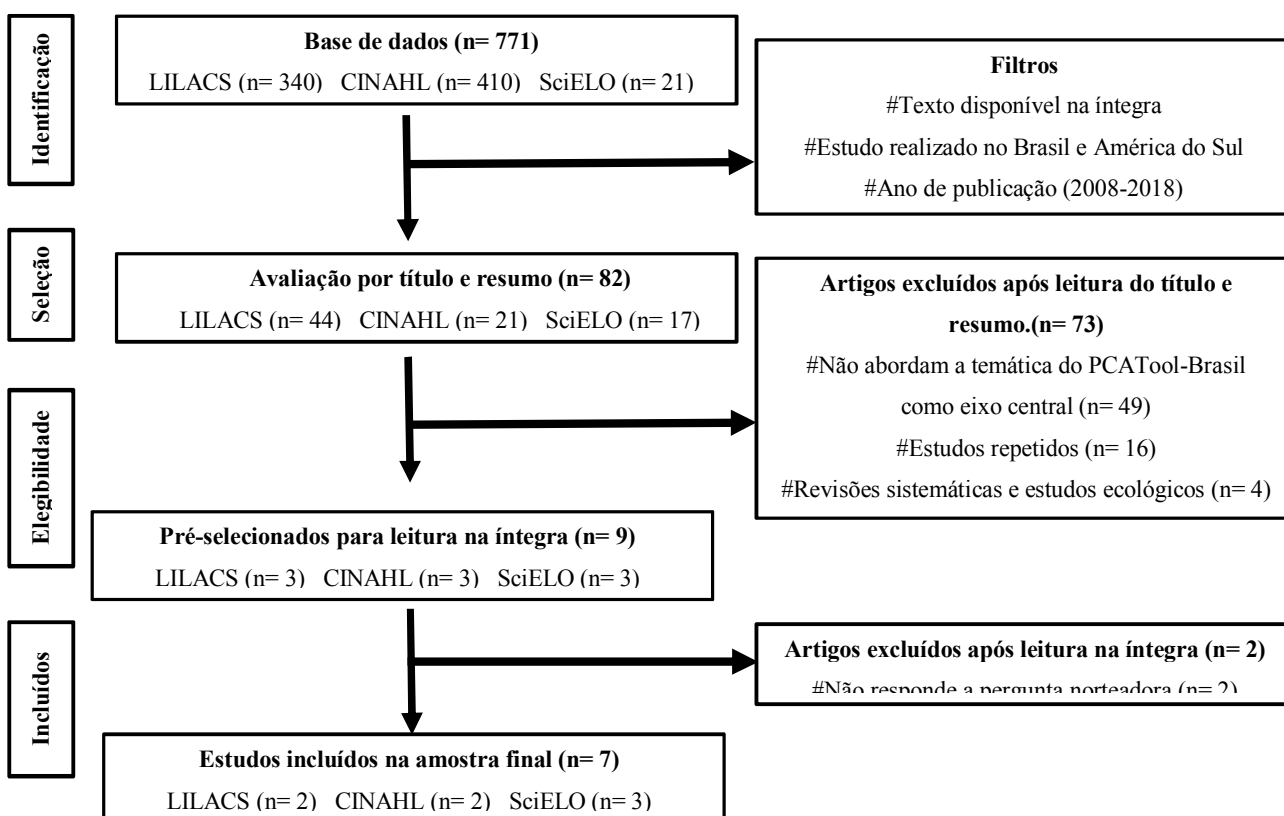
RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir da estratégia de busca empregada e por meio da aplicação dos DeCS obteve-se a recuperação de 771 pesquisas potenciais nos bancos de dados, entretanto, após a aplicação dos filtros somente 82 artigos estavam disponíveis na íntegra. Nesta revisão foram incluídos apenas trabalhos que elencavam pesquisas nacionais e internacionais onde foram

aplicados os PCATool-Brasil como ferramenta da avaliação da APS nos estados brasileiros, como apresentado no Fluxograma 1.

Após a leitura dos títulos, resumos e considerando os critérios de elegibilidade, observou-se que o número total de publicações selecionadas para a pesquisa reduziram-se ao total de sete artigos, a qual compõe a amostra da atual revisão sistemática. Os estudos elencados para nossa pesquisa estão nas respectivas base de dados LILACS (n=2), CINAHL (n=2) e SciELO (n=3).

Fluxograma 1. Descrição da estratégia de busca realizada para compilação dos estudos analisados na atual pesquisa, respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão.



Fonte: Dados da Pesquisa, – Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

É válido ressaltar que todos os sete artigos (100%) foram incluídos nesta revisão e estão organizados a partir de seu delineamento metodológico. Todas as pesquisas desta revisão atenderam a pelo menos 50% dos itens dos instrumentos.

Após a estratégia de busca demonstrada no Fluxograma 1, todos os sete artigos continham em sua composição resultados a partir da aplicação do PCATool-Brasil em um determinado serviço de saúde. Abaixo pode-se observar no Quadro 1 a distribuição dos artigos selecionados para compor a amostra do estudo, segundo título, autor, ano, desenho do estudo, objetivos.

Como descrito nos critérios de inclusão (filtros), somente teremos estudos realizados com a população brasileira, a grande totalidade de artigos foram publicados em revistas nacionais, com relevância internacional. Com relação ao idioma em que os artigos foram publicados a maioria estava indexada na língua portuguesa, um total de seis (85,71%) artigos, apenas um (14,28%) estavam disponíveis em língua inglesa. Dos sete artigos identificados observou-se que a grande maioria eram recentes, com ano de publicação inferior a uma década. Como apresentado no Quadro 1, todos os artigos que compunham nossa amostra são estudos quantitativos, representando 100% da amostra com o tipo de estudo similar.

Após leitura dos artigos inseridos na revisão sistemática, e em decorrência da descrição feita no Quadro 1, pode-se verificar a predominância de construções semânticas semelhantes nos objetivos, dentre elas: Avaliar atributos da APS, Qualidade da APS, Desempenho da APS, Características organizacionais. Esses descritores presentes nos artigos selecionados para leitura na íntegra apontam para a convergência do assunto abordado.

Notamos que a produção sobre o instrumento abordado (PCATool-Brasil) ainda é discreta, mesmo com tamanha importância na avaliação e desempenho da APS da saúde.

Apesar dos artigos constituírem uma amostra relativamente pequena, a sua variedade é expressa nas diferentes versões (Criança, Adulto e Profissional) e denotam a capacidade multifacetada dos estudos relativos ao PCATool-Brasil.

Quadro 1. Descrição dos artigos selecionados em nossa amostra final (n= 7), segundo: título, autor e ano, desenho do estudo e objetivos.

TÍTULO	AUTOR e ANO	DESENHO DO ESTUDO	OBJETIVOS
Primary care assessment from a male population perspective.	Silva et al. (2018) ⁴	Estudo descritivo, abordagem quantitativa	Avaliar a Atenção Primária a Saúde, na perspectiva de usuários masculinos da Estratégia Saúde da Família.
Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children.	Araújo et al. (2018) ⁵	Estudo avaliativo, de abordagem quantitativa	Identificar presença e extensão dos atributos essenciais em serviços de atenção primária a saúde da criança com enfoque na avaliação de estrutura e processo.
Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde.	Maia (2017) ⁶	Tese de Doutorado	Avaliar a Atenção Primária à Saúde a partir de seus atributos, na perspectiva dos profissionais, por meio do <i>Primary Care Assessment Tool</i> .
Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children.	Baldani et al. (2017) ⁷	Estudo transversal, com abordagem quantitativa	Avaliar a associação entre a qualidade da atenção primária em saúde e o uso de serviços de saúde bucal por pré-escolares atendidos pela ESF, ajustada por determinantes sociodemográfico e necessidade percebida.
Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.	Harzheim et al. (2016) ⁸	Estudo quantitativo	Avaliar os limites e as possibilidades dos avanços obtidos na atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro, desde a experiência dos usuários, tanto adultos como crianças.
Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy	Silva et al. (2015) ⁹	Natureza avaliativa, abordagem quantitativa	Avaliar os atributos da atenção primária à saúde quanto a acesso; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar

			e orientação comunitária na ESF, triangulando e comparando o ponto de vista de atores sociais implicados no processo assistencial.
Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros.	Turci et al. (2015) ¹⁰	Estudo descritivo, abordagem quantitativa	Avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde.

Fonte: Dados da Pesquisa, Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

A seguir, o Quadro 2 apresenta os escores médios obtidos em cada atributo, respeitando um intervalo de confiança de 95%. É válido ressaltar que, não houve diferença estatisticamente significativa para os escores quando realizada a comparação dos estudos que participam da nossa revisão.

Com o propósito de homogeneizar as discussões, optou-se por analisar as médias referentes aos aspectos relacionados ao processo de atenção dos quatro atributos essenciais dos serviços da APS. Excluindo-se os demais atributos derivados e os componentes relacionados à estrutura.

Já o escore geral da APS foi obtido pela média dos escores de todos os atributos da APS dividido pelo número de atributos. Entre as três versões existentes do programa, os escores que mais se destacaram na avaliação através da aplicação do instrumento foi a versão Profissional, todas apresentando média acima de $\geq 6,6$. Por enquanto, alerta-se para o possível declínio na qualidade da APS com enfoque nas versões Criança e usuário Adulto.

Quadro 2. Comparativo entre escores médios obtidos na avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS) de acordo com o tipo de versão aplicada em cada estudo.

ATRIBUTOS ESSENCIAIS	VERSÃO	ACESSO	LONGITUDINALIDADE	INTEGRALIDADE	COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO	SCORE TOTAL
Silva et al. ⁴	Criança	8,6	6,1	6,1	6,9	6,6
Araújo et al. ⁵	Criança	8,6	6,1	6,1	6,9	6,3
Maia ⁶	Profissional	3,71	7,29	7,24	8,04	7,26
Baldani et al. ⁷	Profissional	4,56	6,24	7,55	6,95	6,61
Harzheim et al. ⁸	Adulto	4,26	6,27	4,02	6,57	5,77
	Criança	4,78	6,11	5,35	5,84	6,11
Silva et al. ⁹	Profissional	4,13	7,86	8,01	6,91	7,40
	Adulto	3,21	7,26	4,92	6,10	5,92
	Criança	4,87	6,66	6,50	6,88	6,21
Turci et al. ¹⁰	Profissional	4,5	8,3	8,3	7,8	7,5

Fonte: Dados da Pesquisa, – Campina Grande, PB, Brasil, 2018.

Após análise numérica dos dados pode-se verificar que atributos como longitudinalidade e coordenação da atenção apresentam os escores mais elevados e contribuem substancialmente para scores totais mais elevados, como confirmado por Harzheim et al. ⁸ e Maia ⁶.

Acesso

Constata-se que escore essencial da APS consiste num valor $\geq 6,6$. Quando o mesmo encontra-se num valor abaixo significa que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão. A avaliação desse atributo é fundamental pois “o acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a

morbimortalidade. A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde”¹⁰.

No Quadro 2, pode-se observar que apenas os estudos de Silva et al.⁴ e Araújo et al.⁵ apresentam um escore superior ao ponto de corte, vale salientar que foram aplicados apenas a Versão Criança do PCATool-Brasil. Por outro lado, fazendo comparativo com a aplicação da mesma versão da ferramenta, observou-se que os trabalhos de Silva et al.⁹ e Harzhein et al.⁸ trazem escores bem inferiores: 4,87 e 4,78, respectivamente.

Quando se faz menção à aplicação da Versão Adulto, verifica-se que os escores são muito baixo, considerado insatisfatório. Silva et al.⁴ bem como Harzhein et al.⁸ evidenciaram em seus estudos os seguintes escores para essa aplicação: 3,21 e 4,26, respectivamente. “Destaca-se este resultado, pois não se trata apenas de insatisfação de usuários para com o atendimento, ele significa que a introdução da saúde da família não implicou necessariamente uma melhoria de acesso distanciando a ESF da reorientação do modelo de saúde preconizada nos discursos oficiais”⁹.

O atributo acesso também foi avaliado pela aplicação da Versão Profissional. O maior escore encontrado foi no estudo de Baldani et al.⁷ totalizando 4,56. Entretanto, resultados ainda mais desfavoráveis puderam ser encontrados nos estudos de Turci et al.¹⁰, Silva et al.⁹ e Maia⁶, sendo este último, o menor, 3,71.

Em suma, através dos resultados encontrados nesse atributo, orienta-se que é preciso adotar medidas e estratégias que ampliem a acessibilidade dos usuários aos serviços componentes da APS, para que lhe sejam garantidos o direito à Saúde e que suas demandas possam ser atendidas.

Longitudinalidade

A continuidade do cuidado oferecido ao paciente da APS apresenta uma trajetória de qualidade com escores $\geq 6,6$, como demonstrado por Turci ¹⁰ e confirmado por Silva et al. ⁹ e Maia ⁶. Estudo canadense mostrou que a principal característica da prática médica a influenciar a longitudinalidade foi o número de pacientes atendidos/hora, que quando superior a 3,4 traz prejuízo. Quanto menor o tempo do médico na UBS, maior será a pressão da demanda por atendimentos e, conseqüentemente, maior o número de atendimentos por hora, portanto a presença do médico por mais tempo propicia a longitudinalidade ¹¹. Dessa maneira, Turci ¹⁰ reforçam a importância do profissional médico por um período superior a 30 horas, bem como o suprimento adequado de medicamentos, maior solicitação de exames estão associados a um acréscimo importante nos escores do atributo longitudinalidade,

Avaliando a aplicação do instrumento em Profissionais, houve concordância na avaliação alta para Longitudinalidade. Pois como demonstrado no estudo de Silva et al. ⁴, e em Silva et al. ⁹ a longitudinalidade associa-se a faixa etária, quanto maior a idade dos participantes, melhor a avaliação.

Para além, Silva et al. ⁴ ainda afirmam que tal atributo possui forte relação com o Acesso de Primeiro Contato, o que implica no escore desse atributo pelo reconhecimento do usuário como sujeito que fala, julga e deseja. Maia ⁶ reforça que tal atributo pode ser fortalecido à medida que o vínculo na equipe e comunidade forem mais fortes.

Em contrapartida, analisando as quatro aplicações da versão Criança para o atributo longitudinalidade pode-se observar uma divergência abrupta desse escore, o que reflete a avaliação insatisfatória dos usuários pela fragilidade do serviço.

Integralidade

Os escores que são encontrados na Quadro 2 que dizem respeito ao atributo Integralidade foram maiores que os atribuídos ao acesso. A integralidade, nesse aspecto, se refere à oferta de serviços do ponto de vista biopsicossocial do processo de saúde-doença exemplificada pela execução de ações de promoção, prevenção, de cura e reabilitação, incluindo-se os encaminhamentos para os demais serviços ⁸. Ela está associada à qualidade, eficiência equidade e redução de morbidade ¹⁰.

Os estudos que trazem a aplicação do PCATool-Brasil versão Profissional foram os que mostraram os maiores escores respectivamente: Turci et al. ¹⁰ com escore de 8,3; Silva et al. ⁹ 8,01; Baldani et al. ⁷ 7,55 e Maia ⁶ 7,24. Vários autores discutem a principal limitação da aplicação da ferramenta para profissionais é a subjetividade das respostas que geralmente são baseadas na experiência de cada profissional e sua relação com o processo de trabalho.

Por outro lado, a avaliação desse mesmo atributo com aplicação da Versão Adulto trouxe outros resultados considerados insatisfatórios. Harzhein et al. ⁸ evidenciaram um escore de 4,02 e concomitantemente Silva et al. ⁹ 4,92. Dessa maneira, torna-se importante salientar que ainda é possível perceber a influência que o modelo de atenção à saúde individualista e curativo, anterior ao que a APS se propõe a estabelecer, é forte e surge em detrimento da integralidade.

Quando aplicada a Versão Criança da mesma ferramenta, observou-se o menor escore 5,35 no estudo de Harzhein et al. ⁸, seguido por 6,1 nos trabalhos de Araújo et al. ⁵ e Silva et al. ⁴ e 6,50 no de Silva et al. ⁹. Tais escores podem estar relacionados pelas ações de promoção e prevenção ainda estarem pautadas em práticas tradicionais que não efetivam a integralidade. É

importante salientar a necessidade da reflexão sobre o processo de trabalho e incluir as questões que envolvem a integralidade do cuidado no cotidiano do trabalho.

Coordenação de atenção

Definido por Starfield ¹² como sendo alguma forma de continuidade, seja pelo mesmo profissional seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração desse cuidado.

Dentre os atributos avaliados, ela representa o com menor frequência absoluta de escores baixos, sendo somente evidenciados em dois estudos. No estudo de Harzheim et al. ⁸, ele demonstra que tais quedas nos escores do atributo estudo se dá mediante ao baixo acesso apresentado na Unidade onde o estudo foi desenvolvido.

Ademais, na grande maioria dos estudos a coordenação se mostra de maneira positiva e que agrega vantagens na APS. Araújo et al. ⁵ aponta três funções essenciais nas quais devem ser apresentadas à APS com a finalidade de que a coordenação seja efetiva: organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelas diversas áreas de atenção, responsabilização pela saúde e o acompanhamento dos usuários em qualquer nível de atenção à saúde em que estejam, e resolução da maioria dos problemas da população dentro do sistema de saúde.

Salienta-se que em nossa pesquisa a análise isolada do atributo coordenação mostrou escore satisfatório, no entanto ainda precisa ser fortalecida.

Escore total

O escore total é calculado pela média dos escores dos atributos divididos pela quantidade de atributos que estão sendo avaliados. Observou-se nos estudos que o atributo

“acesso” contribuiu negativamente no cálculo do escores totais. Notou-se também que na nossa amostra dos cinco escores que foram $\geq 6,6$, quatro foram calculados à partir da aplicação da Versão Profissional do PCATool-Brasil e apenas um estudo à partir da Versão Criança.

Os estudos de Silva et al. ⁹, Harzheim et al. ⁸ e Araújo et al. ⁵ nos mostram valores aproximados ao considerado aceitável, correspondendo respectivamente a: 6,21; 6,11 e 6,3.

Quando aplicada a Versão Adulto, encontra-se escores total com valores $\leq 5,92$ demonstrando que os serviços de saúde avaliados não proporcionam os atributos em sua total extensão. Isso revela que em diferentes locais a ESF ainda não dispõe de orientação necessária aos atributos da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados expostos, este trabalho mostra uma discussão minuciosa sobre os principais resultados dos atributos essenciais e escore total da APS em diferentes contextos, sob a ótica da aplicabilidade do PCATool-Brasil em suas três versões validadas no país. Tal estudo levou em consideração os diferentes locais e as diversas perspectivas de diferentes atores sociais.

Assim sendo, verificou-se uma variedade heterogenia nas distribuições dos escores dos atributos da APS, sendo estes resultados relacionados diretamente pela versão aplicada, bem como as particularidades dos locais onde foram aplicados os instrumentos. Uma vez que se evidenciou uma prevalência de baixos escores totais, o que indica uma inadequada qualidade da APS desenvolvida nos serviços pesquisados, torna-se evidente a importância da

ampliação dos estudos e divulgações das estratégias e intervenções que priorizem a qualidade da APS em nosso meio.

Os impasses que surgem nas discussões sobre os atributos essenciais da APS são passíveis de melhorias, quando os usuários se posicionam como contribuintes na construção de alternativas, pois somente dessa maneira podemos proporcionar avanços na produção do cuidado e gestão dos serviços de saúde.

Algumas recomendações podem ser feitas no sentido de melhorar a qualidade da APS, permitir uma maior facilidade ao acesso dos usuários ao serviço e aumento no vínculo entre equipe e usuários, de modo a ampliar o quadro de ações disponíveis nas APS, dentre elas: Fortalecer o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, estender o horário de funcionamento das unidades.

É importante pontuar que se trata de um estudo com caráter inédito por realizar uma análise sobre pontos fundamentais para uma boa qualidade e gestão da APS, nos proporcionando uma visão ampliada sobre o cuidado. Por fim, dentre as limitações deste estudo destacamos: a delimitação nacional do mesmo, o que impossibilita aferições mais específicas de cada atributo a respeito dos seus escores e sua interpretação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool– Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
2. Starfield B, Xu J, Shi L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
3. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009;6(7): e1000097.
4. Silva AN e, Silva SA da, Silva ARV da, Araújo TME de, Rebouças CBA, Nogueira LT. Primary care assessment from a male population perspective. *Rev Bras Enferm*. 2018 abr;71(2):236–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0651>.
5. Araujo JP, Viera CS, Oliveira BRG de, Gaiva MA, Rodrigues RM. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 3):1366–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>.
6. Maia LG. *Avaliação da atenção primária pelos profissionais de saúde [tese]*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017.
7. Baldani MH, Rocha JS, Fadel CB, Nascimento AC, Antunes JLF, Moysés SJ. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad Saude Publica*. 2017 nov 21;33(11). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00158116>.
8. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L., Soranz D. Avaliação dos cuidados infantis e de uma nova lei de orientação para a atenção Primária na Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016 maio; 21 (5): 1399–408. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.26672015>.
9. Silva SA da, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de clientes e profissionais sobre a Estratégia Saúde da Família. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015 out; 23 (5): 979-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>.
10. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores de saúde mental e desempenho na atenção à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica*. 2015 set; 31 (9): 1941–52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00132114>.
11. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*. 2008 mar 1;6(2):116–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>.
12. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; 2002.

APÊNDICE 4 – ARTIGO 2

AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

ASSESSMENT OF THE ATTRIBUTE ACCESS OF HYPERTENSIVE USERS TO A
BASIC HEALTH UNIT

Edenilson Cavalcante Santos

Jória Viana Guerreiro

Nemório Rodrigues Alves

Hugo Ricardo Torres da Silva

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes

Esta pesquisa foi realizada com financiamento próprio dos autores e foi resultado de uma dissertação de mestrado.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. O advento da Estratégia Saúde da Família (ESF) aprofundou a responsabilidade sanitária de equipes de Saúde da Família. A presente pesquisa objetivou avaliar o atributo essencial acesso da APS através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Adulto aos usuários hipertensos acompanhados por equipe de Saúde da Família em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campina Grande-PB. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, descritivo do tipo transversal. Os dados coletados foram analisados indutivamente através da análise de conteúdo produzido a partir da aplicação do instrumento, foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Esta pesquisa mostrou que os hipertensos avaliaram como satisfatórios o Grau de Afiliação e a Utilização do serviço de saúde, e como insatisfatório a Acessibilidade. Os resultados foram concordantes aos observados na literatura consultada e se constatou que a acessibilidade apresenta fragilidades no local deste estudo. Conclui-se que o acesso dos hipertensos à UBS analisada encontra-se adequado e que avaliações deste tipo devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Avaliação em Saúde, Acesso aos serviços de Saúde.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud, Estrategia Salud de la Familia, Evaluación en Salud, Acceso a los servicios de Salud.

ABSTRACT

Primary Health Care (APS) presents itself as a strategy to reorganize the health care model. The advent of the Family Health Strategy (ESF) deepened the sanitary responsibility of Family Health teams. The present study aimed to evaluate the essential attribute of APS through the application of the PCATool-Brasil Adult version to hypertensive users accompanied by a Family Health team at a Basic Health Unit (UBS) in the city of Campina Grande-PB. This is a quantitative, observational, descriptive cross-sectional study. The data collected were analyzed inductively through the analysis of content produced from the application of the instrument, a significance level of 5% ($p < 0.05$) was adopted. This study showed that the hypertensive patients evaluated as satisfactory the Degree of Affiliation and the Utilization of the health service, and as unsatisfactory the Accessibility. The results were concordant to those observed in the consulted literature and it was found that accessibility presents weaknesses at the study site. It is concluded that the access of the hypertensive patients to the analyzed UBS is adequate and that evaluations of this type should be part of the routine of PHC health services.

Key words: Primary Health Care, Family Health Strategy, Health Assessment, Access to Health services.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde se apresenta como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde. “A organização do sistema de saúde a partir da atenção primária à saúde (APS) é uma formulação típica do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, refinada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF)” (Paes et al., 2014). Com o advento da ESF na década de 1990, aprofundaram-se os processos de territorialização e responsabilidade sanitária de equipes de Saúde da Família cujo trabalho se fundamenta em ser referência de cuidados para a população adscrita.

A qualidade dos serviços de saúde deve ser medida com instrumentos válidos e fidedignos, visto que a informação sobre as propriedades psicométricas possibilita o entendimento da acuracidade da mensuração da qualidade de atenção ao cuidado. Ademais, a efetiva aplicação dos princípios da APS nos serviços de saúde não é assegurada apenas com a implantação da ESF, o que faz necessário a avaliação tanto da presença quanto da extensão dos atributos da APS (Hauser et al, 2013).

A necessidade do cuidado às pessoas portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), tem impulsionado à formulação e implementação de políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessas doenças. Segundo Muraro et al (2013) a HAS é a doença cardiovascular mais prevalente e o fator de risco mais potente para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Para obter sucesso na redução dos indicadores e das taxas de morbimortalidade da HAS, a ESF necessita dispor de serviços e ações que visem promover saúde e prevenir complicações e agravos. Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde contribui para estes propósitos.

Starfield, Xu e Jiahong (2001) conceituaram a APS por meio de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural). De acordo com Harzheim e demais pesquisadores (2013), a operacionalização desses conceitos permite identificar o grau de orientação à APS, propiciando a associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção em níveis individual e coletivo.

De acordo com Paes et al (2014), a satisfação do usuário passou a ter valor como um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, assim como da adesão ao tratamento, da relação médico-paciente e adequação no uso dos serviços. Com a finalidade de avaliar as interações no contexto da APS e medir aspectos relacionados ao processo de atenção e estrutura, foi desenvolvido o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (Starfield; Xu; Jiahong, 2001). Este instrumento foi elaborado nos Estados Unidos e validado no Brasil em 2006 sob o nome PCATool-Brasil (Brasil, 2010).

Fracolli et al. (2014) revelam que para avaliar a ESF no Brasil o instrumento que mais se aproxima do que propõe a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é o PCATool-Brasil. Esta ferramenta foi criada por Barbara Starfield nos Estados Unidos e foi validada para sua utilização no Brasil através dos estudos de Harzheim et al. (2006). O Ministério da Saúde (MS) tem se esforçado e incentivado profissionais de saúde e pesquisadores a utilização desta ferramenta. Com isso, após os esforços de pesquisadores da Saúde Coletiva no Brasil, o MS lançou em 2010 o “Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary care assessment tool* (PCATool- Brasil)”.

A revisão feita por Passos, Assis e Barreto (2006) observou que o acesso ao diagnóstico e controle de tratamento dos hipertensos foi um aspecto pouco investigado nos estudos. Estes mesmos autores concluíram nesta revisão que a HAS em adultos brasileiros atinge níveis que demandam necessidade de intervenção premente da Saúde Pública, tanto na atenção em saúde como na implementação de medidas preventivas que abordam globalmente os fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Por isso, o presente estudo objetivou avaliar o atributo essencial acesso da APS através da aplicação do instrumento PCATool-Brasil versão Adulto aos usuários hipertensos acompanhados pela equipe I da Unidade Básica de Saúde (UBS) Ana Amélia Vilar Cantalice, localizada no perímetro urbano do município de Campina Grande-PB. Ao mesmo tempo, buscou-se neste trabalho descrever as características dos hipertensos acompanhados na UBS, identificar a afiliação do usuário hipertenso à UBS, analisar a utilização dos serviços da UBS, caracterizar a acessibilidade dos hipertensos aos serviços da UBS, calcular o Escore Essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

A conferência de Alma-Ata, em 1978, foi um marco que fomentou as discussões em nível internacional sobre conceitos, fundamentos e definições para a APS. As novas estratégias propostas para a reorganização do cuidado em saúde e conseqüentemente fortalecimento dessas ações influenciaram efetivamente no Movimento da Reforma Sanitária que já havia ganhado força no Brasil em meados da década de 1970. Surgiu, desde então, a proposição de um novo modelo para operacionalização dos serviços de saúde produzindo melhores indicadores, maior eficiência no fluxo dos usuários e diminuição das inequidades sociais sobre o acesso aos serviços (Oliveira e Pereira, 2013).

Logo após a redemocratização do Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o SUS nasce como fruto da mobilização social que reivindicava a Saúde como um direito de todos. Com o advento da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado e atualmente é estruturado como ESF, uma vez que o vocábulo programa tem ideia de começo, desenvolvimento e fim. Já a ESF constitui-se como uma estratégia de reorganização da APS que não prevê um tempo para finalizar e vem crescendo em número de equipes e cobertura populacional (Harzheim et al., 2013). Como estratégia de reorganização da APS no Brasil, a ESF é considerada uma “alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade” (Oliveira e Pereira, 2013).

O Brasil passa por uma transição demográfica rápida e uma transição epidemiológica que evidencia o reaparecimento de doenças parasitárias e infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Com isso, de acordo com Oliveira e Pereira (2013), os serviços de saúde (SS) brasileiros estão sendo desafiados a dar respostas contínuas e integradas para que atenda as reais necessidades de saúde da população.

A APS também pode ser definida como um conjunto indissociável de elementos estruturantes, de valores e princípios (Brasil, 2010). Responsável pela atenção à saúde de seus usuários, a APS constitui-se na principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, garantindo o acesso a qualquer outro ponto do sistema para atender às necessidades de cada usuário (Carneiro et al., 2014).

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica na APS

A HAS é considerada como um problema de saúde pública (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). É uma patologia caracterizada por níveis elevados e persistentes de pressão arterial (PA) que ocorre por diversos fatores: genéticos, ambientais e relacionados aos hábitos de vida. A HAS apresenta-se como uma das principais causas de morbimortalidade em todo o país (Brasil, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hipertensão arterial é responsável por 17 milhões de óbitos por ano no mundo e está intimamente associada a 45% dos IAM e 51% dos acidentes vasculares encefálicos (AVE). No Brasil, em 2010, a prevalência autorreferida de HAS, na população adulta, variou de 13,8 a 29,2% (Brasil, 2011), e os profissionais da APS são capacitados em identificar e conduzir os hipertensos de sua área de abrangência, através da prevenção, promoção e assistência.

Para Oliveira et al. (2017) a HAS é uma condição com grande prevalência nas populações dos países de língua portuguesa. Esta doença representa o principal fator de risco para complicações como AVE, IAM e doença renal crônica. As evidências mostram que as ações preventivas são mais promissoras no contexto da APS.

Desenvolvida com alto grau de capilaridade, a APS deve ser operacionalizada em territórios definidos, considerando as características específicas de sua população, por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, sob a forma de trabalho em equipe (Starfield, 2002). Conforme o Caderno de Atenção Básica nº37 (Brasil, 2013), os profissionais da APS têm influência fundamental nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS. Ademais, esta condição crônica é um dos problemas de saúde mais comuns que as equipes de APS enfrentam. E que existem dificuldades tanto na realização do diagnóstico precoce quanto no tratamento e controle dos níveis pressóricos dos usuários.

2.3 Avaliação na APS através do PCATool-Brasil

A produção de conhecimento sobre os atributos essenciais da APS revela que há condições limitadoras para a sua efetivação no âmbito de saúde. Atualmente, o MS vem se dedicando à avaliação da APS considerando o papel estratégico que a mesma tem enquanto ordenadora do sistema de saúde. Por desempenhar esse papel fundamental em reorganizar o

modelo de atenção à saúde, reconhece-se a necessidade de avaliar como a APS está estruturada.

A avaliação de uma estratégia da magnitude da ESF é uma tarefa que exige a participação de diversas instituições e profissionais em um esforço coletivo contínuo e perseverante. Os esforços em prezar pela qualidade da atenção à saúde prestadas pela APS foram concretizados com o instrumento PCATool-Brasil (Brasil, 2010). O MS “recomenda no manual que o uso do instrumento seja empregado para a avaliação e o monitoramento da qualidade da APS como uma rotina das equipes de Saúde da Família, por diversos níveis de gestão e para uso acadêmico” (Prates et al., 2017).

A fim de se compreender as ações, programa e políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, é necessário o desenvolvimento de processos avaliativos. Dessa maneira, o fortalecimento e a consolidação de uma APS de qualidade é de suma importância para desenvolver e aprimorar mecanismos de avaliação da organização, do desempenho e dos resultados dessa abordagem e engendrar esforços no sentido de trazer a avaliação à rotina dos serviços e institucionalizá-la (Alencar et al., 2014).

Como explicitado por Lima et al. (2015), incluir a participação de usuários do SUS no processo de avaliação é obter percepções diferentes em relação aos serviços de saúde, pois aquelas apresentam prioridades distintas que precisam ser consideradas e reconsideradas quando se avalia a qualidade das ações e dos serviços ofertados à população.

Dentro deste cenário, o PCATool é um método que surge para medir a extensão e a qualidade dos serviços de APS por meio da verificação de seus atributos essenciais e derivados (Carneiro et al., 2014); Entretanto, adaptações no instrumento original do PCATool foram necessárias durante o processo de validação para o Brasil, as quais levaram em conta as características culturais da população e do sistema nacional de saúde (Paula WKAS et al., 2016). Após adaptações o instrumento foi validado para o uso no Brasil em 2010, passando então a ser denominado PCATool-Brasil (Dotto et al., 2016) e com publicação do seu Manual no Ministério da Saúde (2010).

O PCATool-Brasil configura-se como um instrumento avaliativo adaptado e validado para os serviços de saúde de APS no Brasil (Brasil, 2010). A sua consistência interna e confiabilidade foi conferida com o estudo de Harzheim et al. (2006) e validação para sua

implementação no Brasil se deu com o estudo de Harzheim et al. (2013) no Rio Grande do Sul. Fracoli et al. (2014) relatam que este instrumento é o mais utilizado para avaliar a APS devido ao seu reconhecimento, aceitação e validação.

Deste modo, um instrumento de avaliação do desempenho dos Serviços de Saúde é bastante útil na alimentação e retroalimentação de políticas voltadas para o setor (Prates et al., 2017). Em suma, “para avaliar a Saúde da Família brasileira o instrumento que mais se aproxima da proposta da Estratégia Saúde da Família conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica é o PCATool” (Fracoli et al., 2014). Ainda, a revisão de literatura feita por Arcari, Ritter e Martins (2016) mostrou que o PCATool foi o instrumento mais utilizado nos estudos quantitativos de avaliação da satisfação do usuário com os serviços de saúde.

Além disto, segundo Savassi (2012), o PCATool conta com a vantagem de ter componentes específicos para ciclos de vida e de tornar possível a comparação das equipes de APS brasileiras com equipes de todo o mundo.

É válido ressaltar que, estudos de Fracoli e demais pesquisadores (2014), após analisar os cinco instrumentos validados no Brasil, verificou que o instrumento que mais se aproxima da proposta da ESF para sua avaliação conforme propõe a PNAB é o PCATool-Brasil. Sendo por este motivo a aplicação desse instrumento em nossa pesquisa. O PCATool-Brasil consideram escalas de 0 a 10, qualificando o baixo escore como valor $\leq 6,6$, de acordo com as padronizações do Ministério da Saúde (2010).

2.4 Atributos Essenciais – O ACESSO

Com o objetivo de desenhar a qualidade da atenção primária, Starfield (2002) definiu atributos chaves, são quatro os atributos essenciais à APS: Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção. Destaca-se que, embora acesso e acessibilidade frequentemente sejam utilizados como sinônimos tem significados diferentes, ainda que complementares. A acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. O conceito de acesso traz consigo a ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, enquanto a acessibilidade diz respeito a oferta de serviços, a capacidade de produzir serviços e responder as necessidades de saúde de uma determinada população (Oliveira e Pereira, 2013).

Alguns estudos têm feito avaliação da atenção básica utilizando como objeto todos os atributos que caracterizam um serviço de saúde de atenção primária (Alencar et al., 2014). No presente estudo o enfoque será dado ao atributo Acesso. Prates e demais pesquisadores (2017) apontam para importância em estudar o atributo acesso de primeiro contato e seu subitem acesso de primeiro contato acessibilidade apresentaram um baixo desempenho nas diversas pesquisas do país.

O baixo desempenho do atributo acesso, encontrado nas pesquisas, pode refletir barreiras geográficas e organizacionais dos serviços em APS, como reduzido horário de funcionamento das unidades, dificuldades encontradas para marcação de consultas e tempo de espera na unidade para ser atendido (Prates et al., 2017). Para além, em sua dimensão política, a construção do acesso se dá através da participação dos cidadãos e do controle social (Paula WKAS et al., 2016). Avaliar a qualidade dos serviços, principalmente focando na atenção à saúde centrada no acesso, constitui-se uma prioridade no atual processo de expansão e consolidação da ESF (Araújo et al., 2014).

Ainda, em relação a este atributo essencial da APS, a revisão de Damasceno et al. (2016) mostra a necessidade de uma ampliação nas políticas de saúde e de uma maior atenção dos gestores, para que os serviços de APS tenham um funcionamento mais integral e consigam cumprir sua função de prevenção, promoção e proteção da saúde.

3 METODOLOGIA E VIABILIDADE

3.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo a partir da abordagem quantitativa. É de natureza observacional, descritiva e apresentou um recorte temporal, do tipo transversal. O estudo tem classificação descritiva que de acordo com Pereira (2002), objetiva descrever o que ocorre em uma determinada população, constituindo uma obra de reconhecimento preliminar sobre a situação, como é o caso dos diagnósticos coletivos em saúde. Quanto aos procedimentos técnicos, foi uma pesquisa de campo, pois foi realizada coleta de dados através da utilização de um questionário semiestruturado.

3.2 Local de Estudo e Viabilidade:

A ESF foi implantada no município de Campina Grande, no ano de 1994, e desde então é responsável pela cobertura da maioria da população urbana. Segundo os dados disponíveis no DATASUS (Brasil, 2018a), no ano de 2009, Campina Grande contava com uma população coberta pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 42.071 habitantes e uma população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF) de 238.523 habitantes, totalizando uma cobertura de 73,1% da população pela atenção básica. Dados referentes a novembro de 2018 mostram que o município possui 120 estabelecimentos de saúde do tipo Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde (Brasil, 2018b).

A pesquisa foi realizada na área de abrangência da UBS Ana Amélia Vilar Cantalice, localizada no município de Campina Grande – PB.

A unidade comporta duas equipes da ESF, a equipe 1 foi escolhida para participação do estudo pelo fato do pesquisador fazer parte dela. Tal equipe possui uma área de abrangência composta por 07 microáreas, totalizando uma população aproximada de 4079 habitantes, destes: 27 crianças menores de 01 ano, 44 crianças entre 1 e 2 anos de idade, 15 gestantes, 347 hipertensos, 82 diabéticos e 32 pessoas com necessidade de acompanhamento domiciliar. A pesquisa foi desenvolvida no período de vigência julho de 2018 a novembro de 2018.

3.3 Amostra:

Em consideração a análise de uma amostragem equivalente, procedeu-se a investigação do quantitativo amostral de pacientes para aplicação do questionário, sendo contabilizado com 95% de nível de confiança, 5% de margem de erro e proporção de 10%, usando a seguinte fórmula 1 (Marotti, 2008), a partir dos 347 hipertensos cadastrados.

$$n = \frac{o^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1)} + o^2 p \cdot q \quad (1)$$

Onde n = tamanho da amostra (o que se deseja saber); o^2 = nível de confiança escolhido, expresso em nº de desvios-padrão; p = porcentagem com a qual o fenômeno se verifica; q = porcentagem complementar (100-p); e = erro máximo permitido; N = tamanho da

população. Ao final do cálculo proposto, o resultado necessário para validação da amostra foi fixado em 18 % da amostra inicial, expressando o resultado de 66 pacientes que participaram da pesquisa. Posteriormente à determinação do tamanho da amostra, a coleta de dados se deu de modo randomizado, com o intuito de abarcar pacientes de todas as sete microáreas.

3.4 Critérios de Elegibilidade:

3.4.1 Critérios de inclusão:

- Usuário residente na área de abrangência da UBS, devidamente cadastrado, de ambos os sexos;
- Indivíduos com um diagnóstico prévio confirmado de HAS, que tenham pelo menos uma consulta no último semestre;
- Idade \geq 18 anos.

3.4.2 Critérios de exclusão:

- Pacientes que recusaram assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Pacientes inconscientes e/ou desorientados;
- Pacientes gestantes.

3.5 Instrumento para coleta de dados:

O questionário apresentado no Apêndice 2 foi desenhado para avaliação da atenção primária, de modo quantitativo. Dentre os tópicos abordados tem-se o enfoque no grau de afiliação, acesso do primeiro contato - Utilização e Acessibilidade. É válido ressaltar que o instrumento aplicado nesta pesquisa está baseado no PCATool-Brasil versão usuários adultos.

Conforme o Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2010), a versão validada do PCATool do Adulto é composta por 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. No presente estudo foram utilizados os três primeiros componentes: A - Grau de Afiliação com três itens (A1, A2 e A3); B - Acesso de Primeiro Contato – Utilização, constituído por 3 itens (B1, B2 e B3) e C - Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C), formado por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12).

As respostas para os itens B e C utilizam escala do tipo Likert (4 = com certeza sim, 3 = provavelmente sim, 2 = provavelmente não, 1 = com certeza não), com acréscimo da opção 9 = não sei/não lembro. A partir das respostas a estes itens, é possível calcular escores. Essas pontuações podem servir como indicadores da qualidade da atenção e ajudar na compreensão da presença e dimensão da APS (Justo et al., 2017).

Quanto ao uso de alguns itens do PCATool, D'Ávila et al. (2017) afirmam que este instrumento apresenta simplicidade na sua utilização, na sua aplicação e no cálculo dos escores, características que o tornam útil e adequado para ser usado na gestão local dos serviços, principalmente nas suas versões reduzidas em número de itens.

3.6 Procedimentos para coleta de dados:

A coleta de dados ocorreu na residência dos usuários, mediante agendamento prévio, com intermediação e acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para realização da coleta foi utilizada uma relação de hipertensos cadastrados, que atendam aos critérios de inclusão, fornecida pelos próprios ACSs, especificando o endereço de cada indivíduo.

O procedimento da coleta foi realizado por alunos de medicina de uma faculdade local que frequentam o internato na UBS acompanhados pelo ACS em cada microárea. A entrevista durou uma média de 20 minutos por sujeito, foram feitas em média 3 a 4 entrevistas por semana, no período agosto a novembro de 2018, resguardando a preservação da identidade/confidencialidade do participante. Vale destacar que em determinados domicílios residiam mais de um indivíduo que se enquadrava nos critérios da pesquisa, sendo estes inseridos na pesquisa durante uma mesma visita, o que viabilizou uma maior coleta de dados num mesmo domicílio.

3.7 Metodologia para análise de dados:

Os dados coletados foram analisados indutivamente através da análise de conteúdo produzido a partir da aplicação do instrumento, verificando e testando as associações entre variáveis. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para aceitação da hipótese de nulidade.

Para os cálculos dos escores foram seguidos os passos recomendados pelo Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (Brasil, 2010).

De início, o escore para o atributo foi calculado pela média dos valores das respostas de cada questão, conforme estabelecido pelo manual do instrumento PCATool-Brasil. Em seguida, o escore obtido foi transformado em uma escala de 0 a 10 conforme segue: $(\text{escore obtido} - 1) \times 10/3$. Foram considerados valores elevados ou satisfatórios os escores $\geq 6,6$ e valores $< 6,6$ foram considerados baixos ou insatisfatórios, pois indicam a presença adequada ou não do atributo avaliado, respectivamente, e, portanto, reflete a qualidade da atenção ofertada pelo serviço (Brasil, 2010).

Os dados foram processados empregando-se o software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 17. A análise se deu por meio da estatística descritiva e exploratória dos dados, seguindo as orientações do Manual do instrumento PCATool-Brasil (Brasil, 2010).

3.8 Aspectos Éticos:

O estudo em questão está de acordo com as normas e orientações dispostas na Norma Operacional nº 001/2013 – Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências Médica (UFPB-CCM), sob o Protocolo CAAE: 93974718.3.0000.8069 no dia 31 de julho de 2018.

4 RESULTADOS

Com a coleta de dados e preenchimento dos dados na planilha Excel, resultou-se uma amostra composta por 66 usuários. Vale salientar que aplicação dos questionários respeitou os critérios de elegibilidade para compor nossa amostra.

Em relação as características biológicas, para o sexo verificou-se uma maior prevalência de 77,27 % dos pacientes do sexo feminino (n= 51), e em relação ao sexo masculino, com 22,72 % (n= 15). Tendo em consideração a idade, esta apresentou uma média de 69,33 anos, com maior prevalência de pacientes entre 55- 64 anos.

GRAU DE AFILIAÇÃO

No que se refere ao grau de afiliação, de acordo com a opinião dos entrevistados, a unidade obteve um elevado escore essencial da APS, pontuando 8,33. Revelando-se, dessa maneira, um alto grau de satisfação da população. A análise estatística que compõem o Grau de Afiliação em Serviços de Saúde está apresentada na tabela 3.

TABELA 3. Média e escore essencial quanto ao Grau de Afiliação dos pacientes hipertensos na UBS.

A- GRAU DE AFILIAÇÃO COM SERVIÇOS DE SAÚDE			
ATRIBUTO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORE
TOTAL	3,500	0,697	8,333

FONTE: autores, 2018.

UTILIZAÇÃO

O componente utilização obteve escore médio de 8,26, apontando satisfação dos usuários em relação ao mesmo (Tabela 4).

Este componente é referido no instrumento pela informação se a procura pelo serviço de saúde compreende os momentos: em que se precisa de uma consulta de revisão, de um novo adoecimento e referência do serviço para outros especialistas. Obteve-se um escore essencial de 8,265, apontando para efetiva relação entre serviço e os seus usuários, levando a satisfação da população.

TABELA 4. Médias e escores do componente UTILIZAÇÃO do atributo Acesso de Primeiro Contato, dos pacientes hipertensos na UBS.

B- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO			
ATRIBUTO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORE
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (rotina, check-up), você vai a sua UBS- Rocha Cavalcante antes de ir a outro?	3,606	0,832	8,868
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai a sua UBS- Rocha Cavalcante antes de ir a outro?	3,454	0,972	8,181
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, a sua UBS- Rocha Cavalcante tem que encaminhar você obrigatoriamente?	3,378	1,138	7,929
TOTAL	3,479	0,847	8,265

FONTE: autores, 2018.

ACESSIBILIDADE

Os questionamentos alusivos ao componente acessibilidade relacionam-se com atendimento do indivíduo no mesmo dia do adoecimento, tempo de espera para consulta, facilidade de agendamentos e comunicação via telefone (Brasil,2010)

Na avaliação da acessibilidade o escore essencial de 3,994, expressando fragilidade na estrutura dos serviços, podendo estar relacionada à falta ou pouca qualificação de recursos humanos, as dificuldades em agendamento de consultas, ao tempo de espera superior a 30 minutos, gestão inadequada ao atendimento impossibilitando a acessibilidade.

A tabela 5 mostra a comparação das médias e escores do atributo. Observam-se queixas negativas a acessibilidade nos itens “C1” e “C2”, expressando uma falha no horário de funcionamento do serviço, bem como a falta de disponibilidade dos profissionais associada ao fechamento do posto, em “C6” e “C7”. Ademais, podem se observar outros questionamentos que foram insatisfatórios, o que implicou num escore inferior ao recomendado.

Ao abordar se o usuário tem facilidade em conseguir o atendimento médico quando achar necessário em “C11” e quando interrogado sobre conseguir consulta no mesmo dia em que ficar doente, estando o posto aberto, em “C3”, a maioria respondeu de maneira satisfatória, representando respectivamente escores de 7,626 e 6,767.

Não houve variáveis significativas, ao nível de significância de 5%, dentre as que expressam acesso e suas relações com gênero.

TABELA 5. Médias e escores do componente ACESSIBILIDADE do atributo Acesso de Primeiro Contato, dos pacientes hipertensos na UBS.

C- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE			
ATRIBUTO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ESCORE
C1 – A UBS- Rocha Cavalcante fica aberto no sábado ou no domingo?	1,227	0,419	0,757
C2 – A UBS- Rocha Cavalcante fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	1,257	0,470	0,858
C3 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está aberta e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	3,030	0,887	6,767

C4 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está aberta, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	2,378	1,190	4,595
C5 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada, existe um número de telefone pra o qual você possa ligar quando fica doente?	1,818	1,071	2,727
C6 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada no sábado e no domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	1,378	0,733	1,262
C7 – Quando a UBS- Rocha Cavalcante está fechada e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	1,348	0,728	1,161
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão neste serviço?	2,939	1,099	6,464
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consulta (sem contar triagem ou acolhimento)?	2,181	1,192	3,939
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora na UBS- Rocha Cavalcante?	2,954	1,160	6,515
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico na UBS- Rocha Cavalcante quando pensa que é necessário?	3,287	1,041	7,626
C12 – Quando você tem que ir a UBS- Rocha Cavalcante, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	2,5775	1,181	5,252
TOTAL	2,198	0,476	3,994

FONTE: autores. 2018.

ESCORE ESSENCIAL DO ATRIBUTO ACESSO

O escore essencial é medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais Grau de Afiliação dividido pelo número de componentes, conforme a fórmula 2.

$$EE = \frac{A+B+C}{3} \quad (2)$$

Onde EE é o escore essencial do atributo, A corresponde ao Grau de Afiliação, B ao escore médio do componente Utilização e C ao escore médio do componente Acessibilidade. De acordo com a tabela 7, pode-se evidenciar que a UBS analisada possui um grau de orientação à APS considerado satisfatório.

TABELA 7. Escore essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato dos pacientes hipertensos na UBS- Ana Amélia Vilar Cantalice.

A- ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO
ESCORE ESSENCIAL: 6,864

FONTE: autores, 2018.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo utilizou uma amostra composta por adultos hipertensos cadastrados na equipe I da UBS Ana Amélia Vilar Cantalice. Foi verificada a predominância de mulheres, correspondendo a mais de 75% dos entrevistados, o que caracteriza um perfil dominante de hipertensos femininos. As VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016) mostram que na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 constatou-se prevalência de HAS autorreferida estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior no sexo feminino.

Segundo trabalho de Paes et al. (2014), esta preponderância do sexo feminino em hipertensos é comum nos serviços de atenção à saúde. No artigo de Justo et al. (2017) sobre acessibilidade à UBS foi constatado que o grupo de usuários da pesquisa era composto majoritariamente por pessoas do sexo feminino.

A média de idade da amostra deste trabalho foi de 69,33 anos, com maior prevalência de pessoas entre 55-64 anos. Segundo as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2016), existe associação direta e linear entre o envelhecimento da população e prevalência de HAS.

Quanto ao Grau de Afiliação, o escore encontrado nesta pesquisa foi elevado. No artigo de Almeida et al. (2017), este componente também foi bem avaliado pelos usuários em geral. O Grau de Afiliação é um dos componentes da avaliação do atributo longitudinalidade da APS conforme o Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (Brasil, 2010).

Apesar da avaliação deste atributo não fazer parte dos objetivos deste trabalho, segundo o mesmo manual, os itens sobre afiliação tem o objetivo de identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados do adulto entrevistado. Portanto, o Grau de Afiliação é uma parte fundamental do instrumento porque é onde o entrevistado identifica o serviço de saúde pesquisado (Brasil, 2010).

O componente Utilização alcançou um escore elevado nesta pesquisa. No estudo de Araújo et al. (2014), esta dimensão também obteve uma boa avaliação. Estes autores atribuíram o bom resultado da utilização pelo fato de se ter realizado com usuários idosos do serviço de saúde. Os mesmos autores observaram que viés semelhante acontece também na avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), do Ministério da Saúde do Brasil. Para reduzir esta tendência, Araújo et al. (2014) utilizaram a estratégia de realizar as entrevistas aos usuários em seus domicílios, em virtude de ser um ambiente menos propenso a interferências.

Para a realização do presente estudo foi utilizada a mesma estratégia, de modo que todas as entrevistas foram realizadas nos domicílios das pessoas que concordaram em participar.

No trabalho de Reis et al. (2013) a utilização dos serviços recebeu melhor avaliação quando comparada ao acesso. Semelhantemente na revisão de Prates et al. (2017), o atributo acesso de primeiro contato e seu componente acessibilidade apresentaram um baixo desempenho, enquanto o componente utilização alcançou um alto desempenho, o que leva a sugestão de que o usuário busca o serviço de saúde quando necessário e que embora existam dificuldades estruturais ao acesso, os usuários percebem os serviços de APS como sua primeira fonte de atenção à saúde.

Assim como foi observado por De Oliva et al. (2015) ao concluírem que através da avaliação do atributo essencial acesso de primeiro contato, percebe-se que a ESF é a primeira escolha da maioria dos usuários quando precisa de serviço de saúde.

O escore baixo obtido para a Acessibilidade foi semelhante ao encontrado em outros estudos publicados. Na revisão sistemática realizada por Paula WKAS et al. (2016) foram observados baixos escores no atributo Acesso de Primeiro Contato mesmo quando foram consideradas as UBS. Os autores desta revisão sugerem que o baixo desempenho deste atributo se deve principalmente aos problemas organizacionais persistentes que prejudicam a utilização dos serviços de saúde.

Da mesma forma, Paula CC et al. (2016) demonstraram que os componentes do atributo acesso de primeiro contato são prejudicados por fatores ligados a deficiências na organização e gestão dos serviços de saúde, o que pode gerar influência negativa no uso da

APS. Por sua vez, Araújo et al. (2014) consideram o atributo Acesso de Primeiro Contato como prioridade de ações de melhoramento da qualidade, no seu trabalho o componente acessibilidade apresentou o pior escore médio dentre todos os outros.

Desta maneira, a presente avaliação mostrou que no instrumento PCATool-Brasil cada atributo essencial é composto por uma dimensão relacionada à estrutura e outra ao processo de atenção (Brasil, 2010). Para o atributo estudado neste trabalho, o acesso de primeiro contato, o componente acessibilidade está relacionado à estrutura do serviço de saúde enquanto a utilização corresponde ao processo.

E ainda, o escore elevado para a utilização e o baixo escore para a acessibilidade encontrados neste estudo são similares aos resultados da pesquisa de Gontijo et al. (2017), a qual também obteve um escore elevado para a dimensão utilização ao mesmo tempo em que mostrou um escore abaixo do esperado para o componente acessibilidade.

Deste modo, foi verificado por Gontijo et al. (2017) que a utilização correspondente ao processo de trabalho das equipes é muito bem avaliada enquanto a estrutura relacionada à dimensão acessibilidade exibe deficiências, o que compromete o alcance pleno do atributo de primeiro contato.

A garantia do atendimento completo do acesso de primeiro contato pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, além de otimizar o tempo para a resolução do problema de saúde e de efetivação dos encaminhamentos (Gontijo et al., 2017).

Giroto et al. (2013) comprovou a associação entre maior frequência a consultas médicas e adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico da HAS. Assim, concluíram que o acesso aos serviços de saúde e a consultas médicas deve ser garantido, com o objetivo de minimizar os riscos de não adesão ao tratamento desta condição crônica.

Penso et al. (2017) notaram no instrumento PCATool-Brasil uma possível relação entre o termo acesso de primeiro contato com a flexibilização de dias e horários de funcionamento das unidades, o atendimento prestado com agilidade, a disponibilidade dos profissionais para o atendimento e o acolhimento dos sujeitos.

Segundo Gomes e Fraccolli (2018), as transformações necessárias para a melhoria da acessibilidade na APS não consistem apenas nas modificações no horário de funcionamento e extensão do atendimento da ESF para os finais de semana, mas passam por decisão política e administrativa e que para a ampliação do acesso, deve haver condições para melhor execução

do trabalho pela equipe de saúde, tais como: capacitação dos profissionais; remuneração condizente com os horários e a jornada de trabalho; organização da programação dos serviços; planejamento das ações a serem realizadas, e disponibilidade e adequação de insumos.

Por fim, o Escore Essencial (EE) do atributo Acesso obtido neste trabalho foi considerado satisfatório, o Grau de Afiliação e o item Utilização influenciaram positivamente esta pontuação, enquanto a dimensão acessibilidade não permitiu que este escore essencial atingisse valor mais elevado. Gontijo et al. (2017) em seu artigo também admitiram que os altos valores obtidos no Grau de Afiliação e Utilização foram o motivo de se ter alcançado um valor próximo ao desejável do escore Essencial.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa mostrou que os hipertensos atendidos na UBS estudada avaliaram como satisfatórios o Grau de Afiliação e a Utilização do serviço de saúde, enquanto avaliaram como insatisfatório a Acessibilidade, visto que este componente atingiu escore inferior ao recomendado. Contudo o Escore Essencial do atributo Acesso de Primeiro Contato alcançou uma pontuação considerada adequada em virtude dos altos escores obtidos nos itens correspondentes ao Grau de Afiliação e Utilização.

Os resultados encontrados neste estudo foram concordantes aos observados na literatura consultada. Constatou-se que a acessibilidade apresenta fragilidades em diversos serviços de saúde, inclusive no local deste estudo. Como foi relatado, esse componente encontra-se diretamente relacionado à estrutura dos serviços de saúde, e que as mudanças necessárias para seu melhoramento pertencem também às esferas políticas e administrativas.

O fato da obtenção de um bom desempenho no Grau de Afiliação mostra que a equipe de saúde estudada apresenta uma boa avaliação do atributo essencial longitudinalidade, pelo menos em parte, já que apenas um dos dois componentes deste atributo foi investigado. Da mesma maneira, o processo de trabalho da equipe para garantir o acesso foi bem avaliado pelos usuários entrevistados.

Assim, no presente trabalho foi observado que o acesso dos hipertensos na UBS analisada encontra-se adequado segundo os parâmetros do PCA Tool. Entretanto, é válido salientar que avaliações deste tipo devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde para que as debilidades sejam identificadas com a finalidade de que a APS exerça de forma plena os seus atributos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Monyk N. de et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 2, p.353-364, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>.

ALMEIDA, Maria H. M. de et al. Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência. In: *CoDAS*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2017.

ARAÚJO, Lavínia U. A. de et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 8, p.3521-3532, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.

ARCARI, Janete M.; RITTER, Fernando; MARTINS, Aline B. Avaliação da satisfação dos usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde. *Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da saúde coletiva*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 337-352.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-*DATASUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm> [Acessado em 28 de dezembro de 2018].

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-*DATASUS*. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipePB.def> [Acessado em 28 de dezembro de 2018].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

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* – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

CARNEIRO, Maria S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 38, n. , p.279-295, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014s021>.

DAMACENO, Adalvane N. et al. Acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de APS*, v. 19, n. 1, 2016.

D'AVILA, Otávio P. et al. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciência & saúde coletiva*, v. 22, n. 3, p. 855-865, 2017.

DE OLIVA, Ana C. D. et al. Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Revista Uniabeu*, v. 8, n. 18, p. 196-208, 2015.

DOTTO, Júlia M. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde acessados por idosos em dois distritos de Porto Alegre, RS, Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia - Upf*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.23-30, 18 out. 2016. UPF Editora. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v21i1.5385>.

FRACOLLI, Lislaine A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 19, n. 12, p.4851-4860, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>.

GIROTTI, Edmarlon et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 1763-1772, 2013.

GOMES, Maria F. P.; FRACOLLI, Lislaine A. Avaliação da estratégia saúde da família sob a ótica dos profissionais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 3, 2018. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2018.7108>.

GONTIJO, Tarcísio L. et al. Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde em Debate*, v. 41, p. 741-752, 2017.

HARZHEIM, Erno et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, p. 1649-1659, 2006.

HARZHEIM, Erno et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool- Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s.l.], v. 8, n. 29, p.274-284, 8 nov. 2013. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829).

HAUSER, Lisiane et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão

profissionais de saúde. *Revista brasileira de medicina de família e comunidade*. Rio de Janeiro. Vol. 8, no. 29 (out./dez. 2013), p. 244-255, 2013.

JUSTO, Cátia M. et al. ACESSIBILIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A VISÃO DE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS. *Revista de Saúde Coletiva da UEFES*, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

LIMA, Eliane F. A. et al. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.553-559, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0496.2587>.

MAROTTI, Juliana et al. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. São Paulo, Vol. 20, n. 2, p. 186-194, 2008.

MURARO, Ana P. et al. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 18, n.5, Mai. 2013.

OLIVEIRA, Gláucia M. M. de et al. Diretrizes de 2017 para manejo da hipertensão arterial em cuidados primários nos países de língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, v. 36, n. 11, p. 789-798, 2017.

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

PAES, Neir A. et al. Satisfação dos usuários hipertensos com os serviços da rede de atenção primária no Brasil: um estudo de validação. *Revista Panamericana de Salud Publica*. Washington , v. 32, n. 2, p.87-93, ago. 2014.

PASSOS, Valéria M. A.; ASSIS, Tiago D.; BARRETO, Sandhi M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PAULA, Cristiane C. de et al. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de pesquisa, cuidado é fundamental (Online)*, p. 4056-4078, 2016. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.4056-4078>.

PAULA, Weslla K. A. S. de et al. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 2, p. 335-345, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>.

PENSO, Jéssica M. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017.

PEREIRA, Maurício G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PRATES, Mariana L. et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 6, p.1881-1893, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>.

REIS, Regimarina S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3321-3331, 2013.

SAVASSI, Leonardo C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal Of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p.161-175, fev. 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]*. 2010, vol.95, n.1, suppl.1, pp.I-III. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia [online]*. 2016, vol.107, n.3, suppl.3, pp.1-83. ISSN 0066-782X. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160140>.

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCA Tool – Brasil versão Adulto: itens A, B e C

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselho sobre a sua saúde?

- Não _____
- Sim (Nome do serviço) _____

A2 – Há serviço de saúde em que você é conhecido melhor como pessoa?

- Não _____
- Sim, mesmo serviço de saúde acima; _____
- Sim, serviço de saúde diferente (por favor, dê o nome e endereço) _____

A3 – Há um serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não;
- Sim, mesmo que #A1 e #A2 acima;
- Sim, o mesmo que #A1 somente;
- Sim, o mesmo que #A2 somente;
- Sim, diferente de #A1 e #A2 (dê o nome e endereço) _____

Agora, entrevistador identifica serviço de saúde que será avaliado:

- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas 3 perguntas continue o restante do questionário sobre este serviço (preenche item A5).
- Se o respondeu 2 perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre este serviço (preenche item A5).
- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o serviço de saúde identificado na pergunta A1 (preenche item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre o serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM (preenche item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a pergunta A1 e identificar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre o serviço de saúde identificado na resposta A3 (preenche item A5).
- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as perguntas, por favor pergunte o nome do último serviço de saúde onde se consultou e continue o restante do questionário sobre este serviço (preenche item A4 e A5).

A4 – Nome do Serviço de Saúde procurado pela última vez _____

Esclareça ao entrevistado que:


A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre a

A5 – UBS Rocha Cavalcante.

ANEXO 2 – SUBMISSÃO ARTIGO 1

28/07/2018

ScholarOne Manuscripts

 **Ciência & Saúde Coletiva**[# Home](#)[# Author](#)

Submission Confirmation

[Print](#)

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID
CSC-2018-2165

Title
RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool-Brasil) EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. RESULTS OF THE APPLICATION OF PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool-Brazil) IN HEALTH SERVICES: A SYSTEMATIC REVIEW.

Authors
Santos, Edenílson
Guerreiro, Jória
Alves, Nemório
Silva, Hugo
Moraes, Allana

Date Submitted
28-Jul-2018

[Author Dashboard](#)

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ANEXO 3 – SUBMISSÃO ARTIGO 2

15/01/2019

https://mail2.oiiinternet.com.br/iwc_static/layout/shell.html?lang=pt-br&3.0.0.3.0_15052709

Assunto: Comunicação do periódico Trabalho, Educação e Saúde

Para: EDENILSON CAVALCANTE SANTOS <edenilsoncavalcante@oi.com.br>

Data: 15/01/19 20:06

De: Comunicação do periódico Trabalho <>, Educação e Saúde <webepsiv@fiocruz.br>

Responder Por: reply@fiocruz.br

Prezado(a) Prof(a) Dr(a) EDENILSON CAVALCANTE SANTOS

Informamos que o original intitulado: AVALIAÇÃO DO ATRIBUTO ACESSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS A UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE foi recebido pela Coordenação Editorial da revista Trabalho, Educação e Saúde.

Conforme exposto nas normas editoriais, os originais são primeiramente avaliados pelos editores, que julgam a adequação temática do texto à revista. Uma vez pertinente ao escopo da revista, o manuscrito será avaliado por até três pareceristas ad-hoc.

Agradecemos o seu interesse em publicar em nossa revista.

Atenciosamente,

Coordenação Editorial

Revista Trabalho, Educação e Saúde

Esta é uma mensagem automática do Sistema REVTES. Não é necessário resposta.