

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

INÊS LEONEZA DE SOUZA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE MACAÉ (RJ)

RIO DE JANEIRO

2015

Inês Leoneza de Souza

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE MACAÉ (RJ)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem, Área de Concentração em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elisabete Pimenta Araújo Paz

Rio de Janeiro
2015

Souza, Inês Leoneza de

Avaliação da atenção prestada pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários hipertensos no Município de Macaé (RJ) / Inês Leoneza de Souza. – Rio de Janeiro: UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2015.

125 f.

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Orientador: Elisabete Pimenta Araújo Paz

1. Avaliação. 2. Saúde da Família 3. *PCATool-Brasil*. 4. Enfermagem. – Teses. I. Paz, Elisabete Pimenta Araújo (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação, Enfermagem. III. Título.

CDD 613.62

Inês Leoneza de Souza

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DOS
USUÁRIOS HIPERTENSOS NO MUNICÍPIO DE MACAÉ (RJ)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e
Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery,
Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito à
obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de
concentração em Saúde Coletiva.

Aprovada em 25/ 02/ 2015

.....
Presidente: Elisabete Pimenta Araújo Paz, Profª Drª, EEAN / UFRJ

.....
1º Examinador: Raphael Mendonça Guimarães, Prof. Dr. CSJV/ FIOCRUZ

.....
2º Examinador: Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Prof. Dr. IMS/ UERJ

.....
3ª Examinador: Ana Ines Sousa, Profª Drª EEAN/ UFRJ

.....
4º Examinador: Sheila do Nascimento Pereira de Farias Profª Drª EEAN/ UFRJ

.....
Suplente: Adelson Antonio Castro, Prof. Dr. UFRJ - Macaé

.....
Suplente: Maria Helena Nascimento Souza, Profª Drª EEAN/ UFRJ

DEDICATÓRIA

A todos nós, brasileiros que sonhamos com um país melhor e não desistimos! Mas, procuramos fazer a nossa parte de forma responsável e coerente.

AGRADECIMENTOS

A todos os Professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, aos Membros da Banca Examinadora, e especialmente à minha Orientadora, por toda ajuda nesta trajetória de qualificação profissional.

Aos meus colegas da turma de Doutorado 2012.1 EEAN/ UFRJ.

Aos Professores, Técnicos e Acadêmicos do *Campus* da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Macaé (RJ), hoje meu novo local de trabalho.

Aos integrantes do Grupo PET-Redes, em especial aos alunos do *Campus* UFRJ-Macaé, pela ajuda no período de coleta de dados.

Aos profissionais de todos os Setores, Serviços e Centros de Ensino com os quais, por um período, compartilhei profissionalmente vivências e experiências adquiridas na região Sul Fluminense.

Aos colegas de profissão nas várias frentes de atuação e militância ideológica.

Aos amigos do presente, passado e também àqueles que ainda farão parte da minha passagem aqui pelo planeta Terra.

Ao grupo de convivência social e fraterna de proteção e amparo das questões ligadas à religiosidade.

E especialmente aos familiares queridos, porque sem vocês eu não teria estrutura para finalizar um projeto como este. Dos laços consanguíneos aos laços afetivos.

Eu agradeço! Eu agradeço! Eu agradeço!

SOUZA, Inês Leoneza de. **Avaliação da atenção prestada pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários hipertensos no município de Macaé – RJ.** Rio de Janeiro, 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

Estudo sobre avaliação da atenção prestada por Unidades Primárias de Saúde no município de Macaé. Teve como objetivos avaliar a Atenção à Saúde no município de Macaé-Rio de Janeiro na perspectiva dos adultos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, e verificar o grau de orientação das Unidades de Saúde da Família em relação aos atributos da Atenção Primária à Saúde no município. Estudo transversal de base populacional que utilizou o instrumento *PCATool- Brasil* para coleta dos dados, sendo aplicado junto a 373 adultos acima de 20 anos, cadastrados em sete Unidades de Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada e analisados com o programa SPSS 20.0, sendo estabelecido o escore geral para APS e o escore para cada atributo. Na análise conjunta das dimensões dos atributos, encontrou-se escore geral da APS de 4,74 mostrando que as Unidades estão distantes da orientação de Unidades de Atenção Primária. A maior parte das dimensões avaliadas obteve escore abaixo de 6,6 à exceção do acesso de primeiro contato-utilização com escore 7,65 e longitudinalidade com escore 6,69. Os resultados mostraram a existência de barreiras de acesso aos usuários, Unidades que atuam no modelo médico centrado, ausência de abordagem integral e de acompanhamento longitudinal aos usuários, insuficiência de ações de coordenação de cuidados pela equipe e de orientação comunitária e familiar. Concluiu-se que há necessidade de adequação do modelo de Atenção Primária desenvolvido pelas Unidades no município para correção das situações de não conformidades identificadas, que caracterizam as Unidades de Saúde da Família como unidades de porta de entrada do sistema de saúde local, sendo não prestadoras de atenção qualificada e resolutiva neste nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação de Serviços de Saúde. Enfermagem.

SOUZA, Inês Leoneza de. **Evaluation provided by the Family Health Strategy in view of users in hypertensive the city of Macaé – RJ.** Rio de Janeiro, 2015. Thesis (Doctorate in Nursing) Nursing Anna Nery School, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ABSTRACT

Study on evaluation of healthcare provided by primary health units in the city of Macaé. This study aimed to evaluate the healthcare in the city of Macaé – Rio de Janeiro, from the perspective of registered hypertensive adults in Family Health Units, as well as verify the level of orientation of Family Health Units in relation to primary healthcare attributes in that municipality. Transversal population-based study that used PCATool- Brazil instrument for data collection, carried out with 373 adults over 20 years, registered in seven Family Health Units. Data were obtained by structured interviews and analyzed with SPSS 20.0 program. APS overall score and each attribute scores were properly established. Attribute dimension joint analysis met an APS overall score of 4.74 indicating that units are far from orientation of primary care units. Most of the dimensions evaluated had a score below 6.6, except for fist contact-usage with score 7.65 and longitudinality with score 6.69. The results showed the existence of access barriers to users, units operating in the medical centered model, lack of integrated approach and of longitudinal follow up of users, insufficiency of teams' coordination of care actions as well as community and family orientation. It was concluded there is a need to adapt the Primary model developed by the units in the municipality for the correction of non-compliance identified instances that characterize Family Health Units as local health system unit gateways, being not seen as providers of qualified and resolute attention at this level of attention.

Key words: Primary health care, family health strategy, health services evaluation, nursing.

SOUZA, Inês Leoneza de. **Evaluación proporcionada por la atención prestada por la Estrategia Salud de la Familia em vista de usuarios en hipertensiva la ciudad de Macaé - RJ.** Rio de Janeiro, 2015. Tesis (Doctorado en Enfermería) Enfermería Escuela Anna Nery de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RESUMEN

Estudio sobre la evaluación de la atención prestada por las unidades de atención primaria de salud en la ciudad de Macaé. El objetivo fue evaluar el Cuidado de la Salud en la ciudad de Macaé- Río de Janeiro, desde la perspectiva de los adultos hipertensos registrados en las Unidades de Salud de la Familia y de verificar el grado de orientación de las Unidades de Salud de la Familia en relación con los atributos de la Atención Primaria de Salud en el municipio. Estudio que utilizó el instrumento *PCATool- Brasil* para la recolección de datos, aplicado a 373 adultos mayores de 20 años, registrado en siete unidades de salud familiar Transversal población basados. Se obtuvieron datos mediante estructurado y analizados con el programa SPSS 20.0 está estableciendo las APS generales entrevista puntuación y la puntuación para cada atributo. En el análisis conjunto de las dimensiones de los atributos cumplido puntaje general de APS de 4,74 mostrando que las unidades están muy lejos de las unidades de atención primaria de orientación. La mayoría de las dimensiones evaluadas tenían una puntuación inferior a 6,6 excepto para el acceso en uso el primer contacto con la puntuación de 7.65 y longitudinalidad de anotar 6.69. Los resultados mostraron la existencia de barreras de acceso a los usuarios, las unidades que operan en el modelo centrado médica, falta de enfoque integrado y usuarios de seguimiento longitudinal, la falta de coordinación de las acciones de atención por parte del personal y de la comunidad y orientación familiar. Se concluye que existe la necesidad de adaptar el modelo de primaria desarrollada por las unidades en el municipio para la corrección de los casos identificados de incumplimiento que caracterizan a los establecimientos de salud de la familia, como las unidades de puerta de enlace del sistema de salud local, y no los proveedores atención especializada y resuelto este nivel de atención.

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Estrategia de Salud Familiar. Evaluación de servicios de la salud. Enfermería.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA DA INVESTIGAÇÃO	13
1.2	PROBLEMA DE ESTUDO	17
1.3	OBJETIVOS	18
1.4	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SUAS BASES CONCEITUAIS NO CONTEXTO DA AVALIAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	22
2.2	AVALIAÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE E O PCATool.....	26
2.3	POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL – PROGRAMA DE HIPERTENSÃO	30
3	METODOLOGIA	33
3.1	TIPO DE ESTUDO	33
3.2	LOCAL DA PESQUISA	33
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	38
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	40
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	41
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5	CONCLUSÕES	59
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	
	A - Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa.....	74
	B – Submissão da Pesquisa à aprovação do CEP	75
	C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	77
	ANEXOS	
	A – Manual <i>PCATool</i> –BRASIL – 2010 versão adulto.....	79
	B – Unidades de Saúde da Família – Macaé (RJ).....	118
	C – Aprovação da Pesquisa pelo CEP	119
	D - Declaração de concordância da SMS-MACAÉ (RJ) para realização da pesquisa nos cenários	122
	E – Desenho do Mapa do Município de Macaé/RJ.....	124

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CCSAP	Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DANT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS AB	Sistema Eletrônico de Informações do Sistema Único de Saúde na Atenção Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPM	Hospital Público Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MGOP	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUPEM	Núcleo de Pesquisas Ecológicas de Macaé
NUPENSC	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PA	Pressão arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PESS	Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde
PMAQ AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
RJ	Rio de Janeiro
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISHIPERDIA	Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes (MS)
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistic Package Social Survey</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADRO E TABELAS

QUADRO

1	Composição do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – <i>PCATool</i> – Brasil, versão Adulto	41
---	---	----

TABELAS

1	Número de instrumentos por Unidade de Saúde da Família que compõem a amostra populacional com equivalência de acordo com o número de usuários cadastrados	38
2	Caracterização sociodemográfica dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas UFS urbanas de Macaé (RJ). Período dezembro de 2013 a março de 2014. N=373	45
3	Média dos Escores dos Atributos da APS, identificado por hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas UFS urbanas de Macaé (RJ). Período: dezembro de 2013 a março de 2014.....	47
4	Satisfação dos usuários e média relacionada ao Atributo Acesso de Primeiro Contato segundo hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ. Período: dezembro de 2013 a março de 2014.....	48
5	Média dos escores da APS associada à variável gênero dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ. Período: dezembro de 2013 a março de 2014.....	51
6	Média de Escores dos Atributos da APS associada à variável escolaridade dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ. Período: de dezembro de 2013 a março de 2014.....	53
7	Associação entre renda mensal dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ e média dos atributos essenciais da APS. Período: dezembro de 2013 a março de 2014	55
8	Associação entre raça autorreferida dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ e a média dos atributos da APS. Período: dezembro de 2013 a março de 2014	58

*“Temos o direito a ser iguais,
quando a diferença nos inferioriza.
Temos o direito a ser diferentes,
quando a igualdade nos descaracteriza.”*

Boaventura de Sousa Santos

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA DA INVESTIGAÇÃO

Esta tese insere-se na linha de pesquisa das Políticas e Práticas na Atenção Primária em Saúde, do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e avaliou, na perspectiva dos adultos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Macaé, Estado do Rio de Janeiro, a oferta de serviços prestados pelas equipes da Atenção Primária à Saúde.

A elaboração do presente trabalho emergiu de uma série de inquietações que acompanham minha trajetória profissional e acadêmica. Minha atuação profissional sempre esteve concentrada na esfera da Saúde Pública, onde pude participar ativamente de experiências na região Sul Fluminense, tanto no âmbito dos serviços quanto na gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitantemente, como professora universitária ministrando as disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Mental, vivenciei nos cenários de prática de ensino, situações que me permitiram observar aspectos relacionados aos desafios na execução de ações nos serviços em saúde, na implantação das políticas públicas, no despreparo dos profissionais para o trabalho em Atenção Primária à Saúde, na manutenção do modelo hegemônico centrado na doença e na dificuldade de acesso aos serviços e aos profissionais, desafios e obstáculos ao bom desempenho da saúde municipal.

Tais desafios têm validade intrínseca indiscutível, porém, cada vez mais os profissionais de saúde e os gestores buscam benefícios decorrentes dos investimentos no setor, e como alcançá-los de forma a garantir a qualidade das ações em saúde e a resolubilidade dos problemas apresentados pela população. Se tomarmos a Saúde como um sistema complexo, as necessidades de saúde (expressão social) devem ser diferenciadas de problemas de saúde (expressão técnico-operacional). A interpretação convergente das duas vertentes deverão nos levar a uma definição de recursos em saúde que, ao serem planejados e geridos de forma flexível, serão mais adequados para as realidades locais (SABROZA, 2001).

Observo ainda dificuldades quando se trata do tema serviços de saúde, formação e atuação de profissionais, no sentido de avançar na prática avaliativa para a melhoria dos serviços, na adequação às respostas sociais e necessidades da população. O que se tem visto é um descompasso, e até mesmo uma incoerência

na relação entre a produção de serviços e a qualidade dos mesmos, com respostas sociais diferentes das necessidades de saúde apresentadas pela população. De fato, é um modelo pautado nas condições e eventos agudos, desconsiderando as condições crônicas que se apresentam como problemas de saúde do século XXI, que ainda obtém resposta com ações pautadas em um modelo de sistema de saúde do século XX.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), citada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011, p. 14),

Os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. O paradigma do tratamento agudo é dominante e, no momento, prepondera em meio aos tomadores de decisão, trabalhadores da saúde, administradores e pacientes. Para lidar com ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante.

Como se pode observar no texto acima, a atitude de tratar a doença ao invés do paciente, coloca em risco a qualidade dos serviços de saúde prestados, e para a melhora do desempenho destes nas dimensões estruturais dos serviços, dos processos de trabalhos e dos resultados alcançados, a avaliação desses serviços pode ser utilizada como uma ferramenta de apoio à gestão das políticas públicas e dos processos de trabalho em saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das ações governamentais que envolvem fontes de financiamento, grupos profissionais e opinião pública, e que necessita mostrar sua efetiva contribuição na resolução de problemas sociais (ALBUQUERQUE, 2011).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), e a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a ESF, conforme explicitado a seguir:

A pesquisa científica e tecnológica em saúde representa um componente indispensável ao fortalecimento do sistema de saúde e ao desenvolvimento do país. As informações e os conhecimentos produzidos, sistematizados e disseminados servem como base para a elaboração de políticas e programas, alinhados com as necessidades de saúde da população, assim como para o desenvolvimento de novos medicamentos, produtos e

procedimentos. A pesquisa em saúde também ajuda a criar e manter uma cultura de buscar evidências entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde. (BRASIL, 2011, p 11)

Incorporar, no âmbito da rede de serviços municipais, o processo de avaliação da APS ainda em construção, é um grande desafio, principalmente nas unidades com a ESF no município de Macaé, no Estado do Rio de Janeiro, onde a UFRJ possui *campus* de ensino avançado. Neste cenário, investigar a APS em Macaé, poderá ser de relevância na formação de profissionais nessa Universidade, para o sistema municipal, para a gestão de saúde, bem como para os profissionais que desejam conhecer como a população avalia e qualifica a assistência prestada em saúde, considerando as peculiaridades locais (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A avaliação pode estar focalizada e medida na estrutura, no processo e no resultado, conforme os tipos de problemas já identificados (DONABEDIAN, 1980; CONTRADIOPOULOS et al., 1997; MASCARENHAS; SILVA JR., 2004). As atividades de avaliação podem contribuir com a qualidade das ações e dos serviços oferecidos à população, favorecendo a construção de indicadores que permitam retratar os resultados e seu impacto. Avaliar a qualidade da atenção não é uma prática recente. Já na década de 60, Donabedian (Op.cit.), propunha a avaliação da qualidade da atenção médica por meio de um modelo que sistematizava os atributos que traduziam a qualidade nos serviços: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, amplamente difundidos a partir da década de 80 como parte do movimento de revalorização dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990).

De acordo com Belloni, Magalhães e Souza (2003), existem poucas experiências de avaliação sistemática de desempenho e resultados dos programas ministeriais implementados na rede de saúde. Os estudos, em sua maioria, priorizam informações sobre o impacto desses programas, esquecendo-se das consequências mais amplas e difusas das ações inerentes a cada um. Este foco na APS como estratégia populacional, consiste no comprometimento dos três níveis de Governo (Federal, Estadual e Municipal) em atender às necessidades em saúde da população, por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços e políticas sociais.

Starfield (1992) afirma que os melhores resultados dos serviços em APS

serão alcançados a partir do conhecimento e da operacionalização de seus princípios ordenadores, e também porque, ao longo de décadas, as evidências de que sistemas de serviços de saúde que se organizam a partir de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seus atributos ordenadores, são mais eficazes e de maior qualidade.

De acordo com Sabroza (2001), o objeto saúde-doença, enquanto objeto complexo, deve ser apreendido a partir de suas diferentes dimensões¹. No Informe Lalonde (1974) já se destacava o conceito de campo da saúde na perspectiva da promoção da saúde em uma abrangência que incluía o ambiente em sentido amplo, a incorporação de elementos físicos, psicológicos e sociais, e não apenas a questão de cuidar de doença. Além disto, o relatório apontava fatores que influenciavam a saúde das pessoas, como a biologia humana, o estilo de vida, o meio ambiente físico e social, bem como a organização dos serviços de atenção à saúde. Nesta perspectiva de promoção, Sabroza (1994) afirma que é possível identificar os problemas relativos a estes aspectos, no que diz respeito à saúde pública / saúde coletiva, definidas como campos de conhecimento e de práticas organizadas e orientadas à promoção da saúde das populações.

Neste sentido, destacamos dois movimentos históricos que contribuíram para o fortalecimento do conceito de Atenção Primária e a ampliação de papéis na equipe de APS: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado com base no Informe Lalonde, e as discussões de representantes de vários países no âmbito da OMS, que geraram o movimento de discussão da APS culminando na realização, em Alma-Ata, no Cazaquistão, da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, entre 6 e 12 de setembro de 1978.

Segundo Santana (1997), o conhecimento atualizado das condições de saúde da população decorre da realização de estudos e análises das informações disponíveis, especialmente daquelas referentes ao conjunto de indicadores básicos selecionados para acompanhamento periódico. A precisão desse conhecimento depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados nos sistemas de

¹Tais dimensões (biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual, coletiva etc), precisam ser analisadas em diferentes níveis de organização da vida: molecular, individual, do grupo social, da sociedade e global. São outras perspectivas para o objeto saúde-doença. (BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. [p.72]. Material didático do curso on-line da FIOCRUZ. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=14&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2 .Acessado em 09/05/2014.

informação de saúde, o que pode estar influenciado por múltiplos fatores técnicos e operacionais.

Assim, a coordenação do cuidado de uma doença crônica como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), exige contato regular e contínuo com o seu portador. Os sistemas e tecnologias de informação, como ferramentas, permitem que a equipe cuidadora acesse informações e dados clínicos do paciente de maneira ágil e oportuna, contribuindo para o melhor gerenciamento do cuidado e o monitoramento dos resultados (SISHIPERDIA, 2012)².

Para o nível municipal, ampliaram-se os horizontes a partir desse conceito no que diz respeito à prestação de serviços e avaliação. Nas últimas décadas, houve ampliação do uso da informática na construção e no acesso às grandes bases de dados, que permitiram o aumento da *expertise* dos trabalhadores de saúde e sua utilização na análise da realidade de forma mais abrangente, de modo a beneficiar toda a comunidade.

1.2 PROBLEMA DE ESTUDO

No campo da APS, os profissionais de saúde contribuem para desenvolver conhecimentos com base em evidências na rede de serviços de saúde do SUS, através da avaliação de desempenho das ações e suas estratégias. Como avaliar tem caráter processual, estabeleceu-se como problema de pesquisa a incipiência de avaliação das ações de saúde prestadas nas Unidades de Saúde com ESF no município de Macaé.

Reflexo dessas práticas avaliativas incipientes ou quase nulas, é a dificuldade da gestão local em conciliar a autonomia profissional e a necessidade dos profissionais na incorporação dos objetivos da organização e, especialmente, em avaliar os resultados dos serviços por eles mesmos prestados. A prática reflete exatamente a união indissolúvel da teoria e da ação, porque “a reflexão teórica sobre a realidade é uma reflexão em função da ação para transformar” (FRIGOTTO, 2000, p.81).

² Relatório do Programa HIPERDIA da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé (RJ) referente ao ano de 2012, que serviu de base para o cálculo amostral das Unidades com a Estratégia Saúde da Família selecionadas.

A proposta de avaliação da atenção prestada nessas Unidades é oportuna por destacar quais os principais atributos que apresentam para serem caracterizadas como APS, além de identificar, na perspectiva dos usuários, os aspectos de atenção à saúde que dizem respeito à qualificação das ações junto aos mesmos, contribuindo para a análise do desempenho da ESF no município de Macaé.

A qualidade da APS oferecida à população na ESF está explicitada no compromisso dos serviços em atender às suas necessidades de saúde na rede do SUS do município de Macaé. Ademais, a qualidade está colocada como diretriz política do Ministério da Saúde, quando apresenta a reestruturação da APS na Portaria nº 248, de 2011, do DAB.

Sendo assim, a questão central deste estudo, que gerou a motivação para a sua realização, é a seguinte: as equipes da ESF em Macaé- RJ, estão trabalhando de acordo com os atributos da APS no cuidado e acompanhamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)?

1.3 OBJETIVOS

- Avaliar a atenção à saúde na perspectiva dos adultos hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família.
- Verificar o grau de orientação das Unidades de Saúde da Família em relação aos atributos da APS na perspectiva de hipertensos adultos assistidos pelas ESF no município de Macaé.

1.4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O Brasil possui 36,8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 32.029 Equipes de Saúde da Família, responsáveis por uma cobertura de 101 milhões de pessoas em todo território nacional (BRASIL, 2011)³. Há uma indução, por parte do Ministério da Saúde, para a qualificação da Atenção Primária, que propõe metas de qualidade que comprovem a melhoria do atendimento à população.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores, o que equivale

³ Dados obtidos na página online do Departamento de Atenção Básica (DAB/ MS). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> em 12 de dezembro de 2014.

a 35% da população de 40 anos e mais. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devido à HAS é muito alta, sendo considerado um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

O país possuía 193.976.530 habitantes em 2013, distribuídos entre 5.565 municípios. Ao verificar os dados sobre Macaé, identifica-se que o mesmo possui 217.951 habitantes, sendo o tipo de gestão na área de saúde até 2009, Plena da Atenção Básica, e a partir de 2010, Pacto pela Saúde. O município integra o colegiado de gestão da região Norte Fluminense, com 41,72% da população coberta até 2011 pela ESF, equivalendo a 86.250 habitantes, com 24 equipes em funcionamento. Dentre os seus principais indicadores demográficos, tem-se: esperança de vida ao nascer: 67,63 anos; crescimento da população: 2,51%; analfabetismo: 19,13%; e IDH⁴: 0,79 (IBGE 2013).

No relatório de Indicadores da Situação de Agravos do Ministério da Saúde (SISHIPERDIA, 2012) consta um total de 14.887 hipertensos para o município de Macaé, com percentual de cobertura dos cadastrados no sistema de 93,14%. Porém, verificamos atividades que não são contempladas no campo da pactuação em vigência no município, validada e homologada pelo Ministério da Saúde em 2011. Como exemplo dos itens não contemplados/ realizados, encontram-se:

- Da gerência de toda a rede pública de serviços de Atenção Básica (a não realização do monitoramento e avaliação): a falta de desenho da rede de Atenção à Saúde (1.0.d; 1.10.b);
- Do campo do planejamento e programação: falta do cadastro CNES (3.4.f).
- Da regulação, controle, avaliação e auditoria (em que todo município deveria adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais): não realiza (4.6).
- Da área de educação e saúde de responsabilidade municipal, (o município deveria promover diretamente ou em cooperação com o Estado, com outros

⁴ O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma iniciativa do Programa das Nações Unidas – PNUD, baseado no reconhecimento do progresso humano e evolução das condições de vida que não podem ser medidos apenas por sua dimensão econômica. É um índice de referência internacional que analisa três dimensões: longevidade, educação e renda. O perfil do município de Macaé um IDHM em 2010 de 0,764. Situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Ocupa em relação aos 5.565 municípios do Brasil a 304ª posição. Em relação aos 92 outros municípios do Estado do Rio de Janeiro, Macaé ocupa a 7ª posição. Ver p. 65 do Relatório do Saúde da Família no Brasil – uma análise de indicadores de 2008, e também Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento – Brasília: IPEA, 2010. 184pág.

municípios da sua região e com a União, processos conjuntos de educação permanente em saúde, bem como os registrados no relatório municipal): não realiza (6.2).⁵

Dentre os desafios contemporâneos na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde para APS, especialmente para os enfermeiros, evidenciamos na proposição das contribuições para as áreas de ensino, pesquisa e extensão a justificativa de estudos que demonstram que países com APS forte, ordenadora e coordenadora da atenção, apresentam melhores indicadores de saúde, quando comparados a países com APS fraca.

A Enfermagem como ciência humana, de pessoas e experiências, no campo de conhecimentos, fundamentações e práticas que abrangem o estado de saúde e doença, exige dos profissionais: competência técnica, capacidade criativa, de reflexão, de análise e um aprofundamento constante de seus conhecimentos técnicos e científicos⁶.

Na prestação de uma assistência em saúde qualificada no primeiro nível de atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica, podemos perceber que os desafios colocados no dia a dia das unidades primárias concentram-se na falta de: recursos humanos qualificados para a APS; compreensão do papel destas unidades na oferta de ações e serviços que possam ir além do atendimento a queixas de saúde; avaliação das ações ofertadas em termos dos indicadores de produção e da qualidade da assistência, poucos investimentos nas ações de prevenção e de avaliação clínica oportuna que resulte em prevenção das complicações dos casos diagnosticados entre outros.

Diante destas situações que vivenciam os portadores de hipertensão arterial sistêmica, que não diferem substancialmente entre os municípios da região, é importante que os profissionais conheçam como aqueles que estão sendo assistidos avaliam esta assistência, e até onde a equipe da Estratégia Saúde da Família está contribuindo para obter bons resultados no que se refere ao controle pressórico e atendimento das suas expectativas.

O ato de refletir sobre o papel dos serviços de saúde, em sua amplitude, no ambiente universitário, favorece este tipo de pesquisa e oportuniza contribuir de

⁵ Sala de Situação do DAB/MS, 2011, hoje denominada de Apoio à Gestão Estratégica. Disponível em www.saude.gov.br/sage

⁶ Definição de enfermagem <http://www.eean.ufrj.br/>

forma mais eficaz para a organização e o atendimento local, impactando na saúde da população estudada.

Portanto, o presente estudo poderá fornecer subsídios aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros que atuam em unidades da Estratégia Saúde da Família no cuidado a portadores de hipertensão arterial sistêmica, visando a convergência entre o que a população espera do serviço primário e a capacidade de atender a essas expectativas. O estudo poderá, também, despertar o interesse de outros profissionais pela questão da avaliação e da qualidade das ações primárias realizadas pela ESF, assim aumentando o conhecimento acerca do tema e fortalecendo o acervo do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva (NUPENSC) da EEAN / UFRJ na linha de pesquisa da área de pesquisas avaliativas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E SUAS BASES CONCEITUAIS NO CONTEXTO DA AVALIAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O SUS é um conjunto normativo e técnico que materializa a política de saúde desenhada para o país. Foi definido e regulamentado nos Artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, nas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080/90 e nº 8142/90, nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). Atualmente, também cumpre o Pacto pela Saúde, de 2006, a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, bem como a Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013, de avaliação externa através do PMAQ (BRASIL, 2012).

O Artigo 15 da Lei nº 8080/90, em seus Incisos primeiro e terceiro, estabelece que a União, os Estados e os Municípios exercerão, em seus respectivos âmbitos administrativos, as atribuições de avaliação e controle de serviços de saúde, além da avaliação e divulgação das condições ambientais e da saúde da população. Neste artigo, há destaque para a ação avaliativa como atributo fundamental para a organização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

No Brasil, a atenção primária à saúde também é denominada *atenção básica*. Em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, a atenção primária à saúde foi definida como

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que tanto a comunidade como o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência a saúde. (OMS/ALMA-ATA, 1978, item VI, p 3)

Importante registro na história da rede de Atenção Básica no Brasil, tem origem no final da década de 20 com a abertura de Centros de Saúde planejados para atuar em base territorial, a fim de promover medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, com ações sistemáticas no domicílio e na

comunidade. Estas iniciativas foram frutos de experiências difundidas nos Estados Unidos da América (EUA), com destaque para o trabalho das enfermeiras visitadoras⁷ ou de saúde pública (GONDIM et al., 2011).

Como base conceitual, a noção de descentralização quando focada no município, notadamente no caso da ESF, tem como objetivo central e legitimador a proximidade entre o Governo e os cidadãos, o que possibilita estabelecer uma relação direta e imediata da organização representativa com o território e a população (RIBEIRO; SANTOS JR., 2005), ao mesmo tempo em que a esfera local está muito mais sujeita ao controle público do que a federal ou a estadual.

Como exemplo dessa descentralização, a ESF é uma importante política de reorganização da Atenção Básica em Saúde do SUS, e da reordenação do modelo vigente de atenção à saúde; e como tal, vem contribuindo de forma significativa para a melhoria dos indicadores epidemiológico e, conseqüentemente, para a qualidade de vida das pessoas cadastradas e controladas nos territórios sob sua responsabilidade (CUTAIT, 2006).

Como iniciativa visando aprimorar a Atenção Básica, foi lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica, conforme Portaria nº 2488, de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, com revisão e renovação de conceitos vigentes anteriormente. Portanto, por possuir componentes técnicos, políticos e comportamentais, a Saúde da Família deve ser avaliada sob esses três eixos, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos, não sendo apenas uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os seus níveis, pois “a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde, e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção” (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 63).

Nos últimos anos, principalmente no Brasil, a definição operacional da APS, sistematizada por Starfield (1992), vem sendo muito utilizada, inclusive pelo Ministério da Saúde. A partir desta definição, podemos conceituar os quatro atributos

⁷ A história do surgimento das visitas domiciliares permite observar o quanto ela se confunde com o nascimento da Enfermagem em Saúde Pública e sua relação com a história da saúde pública no mundo, o que nos leva a refletir sobre novos desdobramentos do cuidado em enfermagem. O aparecimento do serviço de enfermeiras visitadoras no Brasil foi marcado com o objetivo da prevenção. As visitadoras deveriam prestar assistência priorizando aspectos educativos de higiene, dirigidos a doentes. SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Rev da UFG**, v. 6, n. especial, dez., 2004. Disponível em: (www.proec.ufg.br)

essenciais dos serviços de APS, segundo Starfield (2002):

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa, que expresse a confiança mútua entre usuários e profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequada ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

Ademais, a presença de outras três características chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2002). São elas:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a

comunicação com a mesma.

Este é um modelo de atenção à saúde que pensa a população e seus indivíduos como agentes políticos, e de mudança com nova roupagem para as velhas práticas; tem como principal diferença entre a Atenção Primária e a ESF, a pró-atividade perante indivíduos, família e comunidade. Na família, favorece as práticas de promoção e de clínica que envolvam a dimensão do cuidado familiar. Esses conceitos dão a dimensão para análise dos problemas de saúde na perspectiva que propõe a legislação da organização dos serviços no SUS através da Lei 8.142/90, que garante a participação da comunidade e as implica nesse processo, ou seja, todos têm responsabilidades (usuários, trabalhadores e gestão) no sucesso dos resultados esperados.

Segundo Mattos (2002) *apud* Fausto e Matta (2007), a história do PSF poderia ser dividida em duas etapas: a primeira, focada no aumento da cobertura e do acesso aos serviços de saúde; e a segunda, como estratégia de transformação do modelo assistencial, superando práticas tradicionais e pouco efetivas.

Ainda para a organização dos serviços de saúde no SUS, devemos nos reportar à qualidade que se espera obter nesses serviços, por ser imprescindível efetuar a avaliação dos serviços para alcançarmos a almejada qualidade, seja para um indivíduo, grupo ou uma comunidade. De acordo com Vuori (1991), qualidade denota grande espectro de características desejáveis de cuidado que incluem: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. Além disso, o autor sugere formas de visualizar a atenção primária como: conjunto de atividades, um nível de atenção, uma estratégia para organizar a atenção à saúde e uma filosofia que permeia a atenção à saúde.

Para Donabedian (1980), a qualidade é entendida em três dimensões: técnica, interpessoal e ambiental. A técnica, refere-se à aplicação atualizada dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente; a interpessoal, à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente; e a ambiental, diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecidos ao paciente. Esse autor (Op.cit.) enaltece a qualidade nos serviços de saúde, indicando parâmetros a serem seguidos, acompanhados, ou seja, avaliados.

No processo de avaliação dos serviços, a Integralidade é um dos princípios fundamentais do SUS, que se refere à atenção à saúde de modo integral e abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de

acesso a todos os níveis de complexidade dos sistemas e serviços de saúde. Essa atenção deve focar o indivíduo, a família e a comunidade, não se limitando ao conjunto de ações ou enfermidades específicas (BRASIL, 2005). Baseado neste princípio, a meta em todos os serviços municipais de saúde é o alcance da qualidade na APS, a principal porta de entrada deste sistema.

Starfield (2002) reafirma em seus trabalhos que a APS tem papel fundamental e efetivo na organização de sistema de saúde, reduzindo custos, humanizando a atenção e levando os serviços para mais perto do cidadão.

A avaliação de serviços de saúde tem sido objeto de alguns estudos, e para isto, métodos e técnicas diversificadas têm sido utilizados. Deve ter como objetivo, identificar problemas e subsidiar os processos decisórios para reorientação da atuação dos serviços de saúde. Entre os diversos conceitos de avaliação estudados, Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) trazem a seguinte definição:

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor, a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, como objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Para os autores, a avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos com critérios e normas; enquanto a pesquisa avaliativa examina as relações existentes entre os diferentes componentes de uma intervenção, as relações existentes entre esta intervenção e o contexto no qual se situa, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Hartz (1999) afirma que as diversas matrizes existentes para avaliação do desempenho de sistemas de saúde, refletem o estágio incipiente da avaliação enquanto disciplina científica, bem como a natureza e a abrangência do campo da avaliação, que comporta uma multiplicidade de possibilidades, sendo este o foco de investigação desta pesquisa.

2.2 AVALIAÇÕES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O PCATool

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como estratégia para reorganização do modelo assistencial do SUS (BRASIL, 2006). 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. Devido à amplitude própria da Atenção Primária à Saúde, uma proposta específica de avaliação costuma se restringir a uma de suas tantas perspectivas.

A propósito das políticas de saúde e sua relação com a avaliação, não podemos prescindir de outros tipos de dados e informações para obtermos uma ideia do cenário. Há que se fazer a distinção entre política pública e política de governo, uma vez que enquanto esta guarda profunda relação com um mandato eletivo, aquela, no mais das vezes, pode atravessar vários mandatos. Deve-se reconhecer que o cenário político brasileiro demonstra ser comum a confusão entre estas duas categorias. Segundo Lima et al. (2011), existem vários motivos que justificam a consideração das características das instituições para a análise das políticas públicas, incluindo as de saúde. Entre os argumentos, destacam-se:

- As regras de organização subjacentes ao processo de produção de políticas, afetam o poder dos atores sobre as decisões no momento da formulação e a implementação das políticas – ou seja, as políticas não são formuladas ou implementadas pelos atores políticos em um “vazio institucional”. Existem regras formais e práticas informais de vários tipos que delimitam as escolhas dos atores, ou mesmo condicionam as suas preferências.

- As políticas públicas podem ser afetadas tanto por regras mais gerais, como por regras específicas de cada política. Assim, a política de saúde pode ser condicionada por regras relacionadas às instituições governamentais, à estrutura do Estado e às normas que orientam as relações entre Estado e sociedade. Além disso, também é moldada por regras próprias da saúde, de caráter formal, ou por procedimentos e práticas tradicionalmente adotados e/ou acordados no setor.

- A posição dos atores nas redes de instituições e nas organizações pode influenciar a definição dos próprios interesses ao estabelecer suas responsabilidades institucionais e relações com outros atores. Nesse sentido, as posições e escolhas de um ator podem variar, a depender da função desempenhada em uma rede institucional ou organização setorial. Por exemplo, um mesmo sujeito político pode ter posições e tomar decisões distintas sobre uma dada questão, se estiver ocupando o cargo de Secretário Municipal ou Estadual de Saúde; se for o Ministro do Planejamento ou da Saúde.

- As instituições podem influenciar os resultados das políticas, embora isoladamente sejam insuficientes para explicá-los; ou seja, para compreender e

explicar os motivos pelos quais algumas políticas geraram determinados resultados (ou não), é importante considerar os condicionantes institucionais; por exemplo, sob que regras e procedimentos a política foi formulada e implementada, mas também questões inerentes ao próprio processo político, tais como se houve “pontos de veto” e quais seriam os tipos de relações entre os atores, dentre outras questões.

Levando em consideração as características das instituições para a análise das políticas, incluindo as de saúde, os argumentos utilizados por Matta (2012) são importantes no campo da avaliação, mas é preciso entender em que contexto elas são propostas, pois, segundo o autor,

Existe uma tendência internacional de tentar criar ferramentas e estratégias, principalmente por meio de indicadores, para a gestão das políticas públicas, tentando criar mais eficiência. Estamos falando de um estado gerencial, no qual existe quase que uma base científica positivista na produção de evidências para formulação de políticas (MATTA, 2012, p 1)⁸

A base positivista que Matta (2012) critica, foi muito influente no passado. Nesse modelo gerencial, os indicadores fazem parte de um conjunto de dados e informações supostamente neutras, ou melhor, “consideradas neutras porque partem de uma base de dados positiva que é organizada para formulação de políticas, mas o risco é apagar inteiramente os registros sociais, culturais, históricos e políticos”.

Há um deslocamento temático e metodológico do planejamento e da gestão nos últimos anos, indo do interesse da área dos problemas macro para o micro social. Carvalho (1999) afirma que para melhorar o processo de trabalho e o funcionamento das organizações, é preciso investir nas relações. O que se tem de pano de fundo são desafios para o gestor contemporâneo em saúde. Faz-se necessário possibilitar nos processos sociais, não apenas questões técnicas e científicas, pois quem opera o sistema são pessoas/ profissionais.

Um dos instrumentos de avaliação da APS é o *PCATool (Primary Care Assessment Tool)*. Segundo seu manual, criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian em 1966, esse modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e

⁸ MATTA, G. **Especialistas analisam se políticas de avaliação do SUS garantem qualidade.** Entrevista concedida a Raquel Júnia. Agência FIOCRUZ de Notícias: saúde e ciência para todos. 22/03/2012. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/especialistas-analisam-se-pol%C3%ADticas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-do-sus-garantem-qualidade> Acesso em: 09/11/2014.

resultados dos serviços de saúde, focando nos atributos essenciais dos serviços de APS (STARFIELD, 2002), que são: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; Longitudinalidade; Integralidade e Coordenação da Atenção. Além disto, baseia-se também nos atributos derivados que qualificam as ações dos serviços de saúde: Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar); Orientação comunitária e Competência cultural.

Segundo Cunha e Vieira (2010), o *PCATool*, assim como a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), são instrumentos que avaliam diferentes aspectos dos atributos, não havendo entre os dois a concordância necessária e essencial para caracterizar um serviço de APS. Em seu artigo, os atributos da Atenção Primária em Saúde em que não houve concordância, foram os seguintes: Acesso; Longitudinalidade; Coordenação da Atenção e Orientação Comunitária. Apontam no instrumento AMQ um padrão inadequado para mensurar os atributos da APS.

O *PCATool* foi adaptado por Macinko et al. (2004) para o Brasil, com o desenvolvimento de quatro versões, respectivamente, para gestores, profissionais, usuários e acompanhantes de crianças ou pessoas incapacitadas, com algumas modificações em contraste com a atual versão brasileira. Possui oito dimensões e para adaptá-lo à nossa realidade, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (BRASIL, 2010).

Devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o *PCATool* preenche parcialmente esta lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e o processo de atenção. O instrumento foi validado para o Brasil, nas versões adulto e criança, e tem sido utilizado em alguns estudos avaliativos do PSF e em estudos comparativos entre o PSF e os modelos tradicionais da APS (BRASIL, 2010) (ANEXO A).

Assim, identificar no cenário de heterogeneidade que caracteriza a ESF, o grau de orientação à APS de cada serviço de saúde ou equipe da ESF avaliados, permitirá a produção de conhecimento sobre sua efetividade, evitando a utilização da ESF como uma categoria geral de análise. Outra oportunidade para o uso do *PCATool* é a comparação do grau de orientação à APS dos outros modelos de atenção básica que ainda coexistem com a ESF.

2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO

Uma das principais políticas públicas no setor saúde atual é o programa o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DANT), especialmente o da hipertensão arterial. A principal relevância do diagnóstico e controle da doença hipertensiva, apontada nos manuais do Ministério da Saúde, está em reduzir as suas complicações. Apesar de o Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ter sido criado na década de 80, não tem sido evidenciados os resultados esperados, como a redução dos agravos decorrentes da HAS.

Segundo a classificação do Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial é definida como a pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg, em pessoas que não estejam usando medicação anti-hipertensiva. Esse é o parâmetro que tem sido utilizado para o diagnóstico de hipertensão arterial nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Importante é conceituar a HAS como uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais ou não, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

É uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo e agravos decorrentes, como insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, dentre outros.

A hipertensão arterial é estimada em 35% da população maior de 40 anos, segundo dados de pesquisa de prevalência de 1986 (Estudos Populacionais Brasileiros), sendo usada pelo Ministério da Saúde como parâmetro para a Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial, desde 2001.

A alta prevalência e associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre hipertensos, reforça a necessidade não só de aprimoramento do diagnóstico e tratamento da hipertensão, como também da abordagem integral do perfil de risco dessa população.

A HAS representa hoje um grande desafio para os profissionais e gestores da área de Saúde em termos de estratégias e medidas de prevenção. A prevenção

primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças, e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde, notadamente nas equipes da ESF, que tem sido sua atribuição com caráter de ação prioritária na saúde do adulto em sua fase inicial, e considerada ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

A assistência à HAS não é de exclusividade da APS, mas as melhores oportunidades de atuação acontecem no nível primário da atenção. A doença hipertensiva pode ser considerada um “traçador” da Saúde da Família, por ser um agravo priorizado na atenção à saúde do adulto; apesar de ser uma doença específica, é também um agravo caracterizado pela necessidade do cuidado longitudinal, característico da APS.

Este desafio, sobretudo da APS, notadamente da ESF, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde, que atua com equipe multiprofissional, e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, leva em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e fatores sociais envolvidos, quando se trata de obter melhores resultados quanto à adesão ao tratamento com o consequente controle pressórico.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso acerca de como fazê-lo seguir corretamente o tratamento (BRASIL, 2006).

A avaliação da eficiência dos serviços relacionados à HAS na ESF poderá ser uma ferramenta no planejamento e na gestão do cuidado, possibilitando a melhoria da atenção com impacto eficiente, e subsidiando informações de como produzir serviços e resultados com maior eficiência.

Neste aspecto, a organização da atenção e da gestão do SUS no âmbito da APS, deverá estar pautada no cuidado integral através de estratégias assistenciais como as linhas de cuidado como forma de superação da fragmentação da atenção e da gestão, com a implantação da Rede de Atenção à Saúde⁹ considerados arranjos organizativos formados por ações com diferentes configurações tecnológicas

⁹ Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do MS, que cria a Rede de Atenção à Saúde, tendo como um de seus atributos a linha de cuidado estruturada.

e assistenciais articuladas com base territorial para o serviço de saúde.

As linhas de cuidados expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário no sentido de atender suas necessidades de saúde; desenham o itinerário terapêutico dos usuários na rede, além de fornecer uma referência para prever um conjunto de atividades, procedimentos que definem as ações e os serviços a serem desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio.

Portanto, funciona como instrumento para as áreas de assistência e gestão em Saúde. Na gestão, pode orientar o planejamento, a programação e a avaliação, favorecendo as modalidades de atendimento que o sistema precisa oferecer à população, com os procedimentos necessários e os tipos de serviços assistenciais para o controle dos diferentes agravos à saúde. Na assistência, serve de guia ou roteiro para orientar o profissional em saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle das doenças, neste caso o controle da HAS.

A linha de cuidado funciona de acordo com protocolos estabelecidos e pactuação de fluxos, reorganizando o processo de trabalho a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços de que necessita, aspecto fundamental para a garantia do cuidado integral no âmbito da ESF.

Neste sentido, em 2012, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, não com a pretensão de criar uma rede, mas sim de dar diretrizes e de alinhar ações e serviços já existentes no cotidiano das equipes de saúde e da gestão para que, durante essa construção, fosse possível reconhecer uma rede de cuidado às pessoas com doenças crônicas em cada município. A Secretaria de Saúde de Macaé encontra-se nessa fase de construção de rede.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa. Os estudos seccionais ou de corte transversal, são aqueles que produzem “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual do estado de saúde de cada um dos membros do grupo, que contribuem para determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado. (ROUQUAYROL; FILHO, 2003).

A pesquisa quantitativa é útil para investigar as qualidades primárias de um objeto, ou seja, a quantidade utilizando-se de recursos e de técnicas estatísticas para obtenção dos dados, o que significa traduzi-los em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Dessa forma, utilizamos ferramentas quantitativas (procedimentos estatísticos simples como frequência) para análise dos dados brutos, de acordo com Tobar e Yalour (2004).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Macaé é um município da região Norte Fluminense com 217.51 habitantes (IBGE, 2011), também conhecido como a “Capital do Petróleo” no Estado do Rio de Janeiro. Possui uma área total de 1.216 km² e está dividido em seis distritos: a sede, considerada zona urbana, e os distritos da zona rural: Cachoeiros de Macaé, Córrego do Ouro, Glicério, Frade e Sana. Conta com 11 km de litoral e possui clima quente e úmido (MACAÉ, 2012)¹⁰.

A economia de Macaé cresceu 600% nos últimos dez anos, mais do que a da China, por conta do desenvolvimento da indústria de petróleo e gás, especialmente a partir da quebra do monopólio estatal, em 1997, e hoje a cidade é bem diferente da vila de pescadores dos anos 70. O crescimento da indústria petrolífera provocou o aumento populacional, com a chegada de gente de todo o país e do mundo, sendo 50,62% de mulheres e 49,38% de homens, distribuídos entre a zona rural –1,88%, e a zona urbana – 98,12%. Vale informar que dez por cento (10%) da população é de estrangeiros. O município é responsável por 85% da produção de petróleo e 47% da produção de gás natural, e está entre os dez municípios com maior concentração de

¹⁰ Dados obtidos diretamente na coordenação da ESF da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

renda *per capita* do país.

Na área de meio ambiente, Macaé conta com um Núcleo de Pesquisas Ecológicas de Macaé (NUPEM) vinculado à UFRJ que, em parceria com a Prefeitura e a empresa Petróleo Brasileiro S.A. (PETROBRAS), desenvolvem pesquisas e projetos ambientais, especialmente no Parque Nacional da Restinga de Jurubatiba, criada por Decreto Federal de 24 de abril de 1998. Em 2005, o NUPEM ganhou nova sede, construída com apoio do município, e hoje abriga um dos campos avançados da UFRJ fora da cidade do Rio de Janeiro: o Polo Barreto. O município também criou o Parque Municipal da Atalaia, na região serrana, destinado à educação ambiental.

Os recursos gerados pelo petróleo servem para fomentar o desenvolvimento de áreas como turismo, pesca e agricultura. Porém, no bojo deste desenvolvimento, o município apresenta inúmeros problemas causados pelo progresso desenfreado e sem planejamento ocorrido nos últimos trinta anos. Na área da Saúde, problemas crônicos e novos vão se avolumando ao longo do tempo, além do fato de o município ter que arcar com a demanda de pequenos municípios vizinhos, e de toda urgência e emergência oriunda de todos os acidentes que acontecem no trecho da estrada federal BR-101 que corta o seu espaço geográfico.

O sistema municipal de saúde possui atualmente uma rede com oferta de vários serviços de atenção à saúde. Na área hospitalar, o Hospital Público Municipal (HPM), inaugurado em 2004, com 130 leitos, atende casos de alta e média complexidade, e também os de emergência. Além do HPM, há um hospital público municipal, localizado na região serrana, com vinte e três (23) leitos; duas unidades de saúde do tipo “pronto socorro”; um hospital pediátrico com 40 leitos; e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no bairro Lagomar. Ainda há que se registrar que o município de Macaé, por convênio com o SUS e a UFRJ, financia aproximadamente 40 leitos para homens, mulheres e crianças no Hospital São João Batista (Santa Casa) situado na cidade.¹¹

Na área de Atenção Básica de Saúde (ABS), o município está estruturado em uma rede de serviços com a seguinte conformação:

¹¹ Convênio assinado em 2012 entre a UFRJ e Prefeitura de Macaé. Na ocasião, como representante dos professores assistentes e auxiliares no Conselho Deliberativo do *Campus* UFRJ-Macaé e demais conselheiros eleitos para a gestão 2012-2014.

- ✓ sete (07) unidades de atendimento ambulatorial de clínica médica, pediatria, ginecologia e odontologia, designadas como Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- ✓ quatro unidades de Especialidades Médicas;
- ✓ um Centro de Referência do Diabético (CRD);
- ✓ um Centro de Referência do Adolescente (CRA);
- ✓ um Centro de Referência para DST/AIDS;
- ✓ um Centro de Referência da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (CATAN);
- ✓ um Centro de Referência de Saúde Mental;
- ✓ três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- ✓ um Centro de Atenção à Saúde do Idoso (PAISI);
- ✓ um Centro de Referência ao Dependente Químico;
- ✓ um Centro de Especialidades em Odontologia (CEO);
- ✓ um Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- ✓ um Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador;
- ✓ um Núcleo de Assistência Domiciliar Terapêutica; e
- ✓ um Núcleo de Homeopatia e Práticas Integrativas.

Além destes serviços, possui trinta e uma (31) unidades, sendo 09 (nove) localizadas na zona rural, com 03 (três) compostas por equipes do PACS. Dentre as unidades básicas, vinte e quatro (24) são Unidades de Saúde da Família (ANEXO B).

Em 1992, foi criada a Fundação Educacional de Macaé (FUNEMAC), a princípio com o objetivo de gerir o convênio firmado entre a Prefeitura e a Universidade Federal Fluminense (UFF). Em 2007, a Prefeitura inaugurou a primeira fase da Cidade Universitária de Macaé, gerida pela FUNEMAC, estabelecendo-se uma nova parceria, desta vez com a UFRJ, inicialmente com a abertura dos Cursos de Graduação em Química e Farmácia. O curso de Biologia, que existia desde 2006 no NUPEM, foi considerado o precursor da relação entre a Prefeitura e a UFRJ. Os cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição tiveram início no segundo semestre de 2009, e no primeiro semestre de 2011 foram criados os Cursos de Engenharia (Produção, Mecânica e Civil).

Esta pesquisa foi realizada em 07 (sete) Unidades de Saúde da Família da área urbana, subordinadas à Coordenação Municipal da Saúde da Família, órgão da

Secretaria Municipal de Saúde de Macaé. Todas possuem 01 (uma) equipe de Saúde da Família registrada no CNES.

No município, as equipes das Unidades de Saúde da Família são de conformação ampliada e contam com Médico, Enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Técnico de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnico de Higiene Dental, Fisioterapeuta, Auxiliar de Serviço Geral e Recepcionista. O horário de atendimento é das 08:00h às 17:00h, de segunda à sexta-feira, perfazendo um total de 40 horas semanais.

Os serviços oferecidos nessas Unidades de Saúde da Família são: Consultas de Clínica Médica, de Enfermagem, Pediatria e Ginecologia; Atendimentos em Odontologia, Fisioterapia, Hipertensão e Diabetes, Puericultura, Saúde da Mulher, Hanseníase e Tuberculose, Imunização, Curativos, Administração de medicação injetável, Nebulização, Coleta do exame citopatológico, Dispensação de medicamentos, Visita domiciliar e Grupos de educação em saúde¹².

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O município possui 217.951 habitantes (IBGE, 2011) com 25.242 famílias cadastradas na USF com 86.798 pessoas nas suas 24 unidades, com média de 3,44 pessoas por família (SIAB, 2012).

Trabalhou-se com o número de cadastrados adultos com diagnóstico de HAS em acompanhamento nas USF da área urbana, selecionadas para compor a amostra desta pesquisa, conforme relatório de indicadores da situação de agravos do HIPERDIA que, à época, estimava em 14.887 o total de hipertensos para o município de Macaé, com percentual de cobertura cadastrado no sistema de 93,14%, totalizando 13.861 indivíduos (SISHIPERDIA, 2012).

Desse percentual, foram selecionados de modo aleatório simples para compor a amostra, os sujeitos na faixa etária de 20 anos ou mais, considerando o relatório HAS-SIAB, pertencente às unidades urbanas, que corresponde a cerca de 30% do total das unidades, ou seja, sete (7) unidades, para a realização da pesquisa de campo. O número de indivíduos elegíveis totalizou 2.945 usuários.

¹² Informações fornecidas pela Secretaria de Saúde de Macaé através da coordenação do Programa Saúde da Família.

De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, a amostra constou de adultos com idade igual ou superior a 20 anos, com diagnóstico de HAS, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, moradores na área urbana de abrangência da equipe, que tiveram pelo menos um comparecimento ao serviço nos últimos doze meses anteriores à coleta de dados e registro nos relatórios SIAB 2012 e 2013. Os que não atenderam a esses critérios foram excluídos.

Considerando o nível de confiança de 95% e o erro amostral de 5% para essas Unidades, teríamos 340 indivíduos para entrevistar. Reconsiderando o cálculo para o tamanho do universo de 13.861 usuários cadastrados no município, obteve-se 374 indivíduos como *n* amostral. Um entrevistado foi excluído por estar abaixo da faixa etária mínima na tabulação dos dados, restando 373 indivíduos para produção desta pesquisa. O número de entrevistados por Unidade de Saúde da Família está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Número de hipertensos que compõem a amostra estratificada da população com equivalência de acordo com o número de instrumentos aplicados nas 07 unidades selecionadas

USF Macaé	Nº de Hipertensos	Instrumentos	%
Aroeira	715	90	24,3
Cajueiros	556	72	18,9
Lagomar A	398	56	13,5
Lagomar B	425	60	14,4
Morro de S Jorge	400	60	13,6
Ajuda B	269	23	9,1
Ajuda A	182	12	6,2
Total	2945	373	100,0

3.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O Instrumento utilizado para coleta dos dados foi o *PCATool – Primary Care Assessment Tool*, que verifica a adesão das unidades da ESF em relação aos atributos essenciais dos serviços primários na APS, que são: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; a longitudinalidade; a integralidade e a coordenação da atenção, e ainda, os atributos derivados que qualificam as ações dos serviços de saúde, que são: a atenção à saúde centrada na família (orientação familiar) e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

A aplicação do instrumento permitiu a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes. As respostas foram estruturadas seguindo-se uma escala do tipo Likert, atribuindo-se escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim).

Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada atributo e seus componentes. O Escore Essencial foi obtido pelo cálculo da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade); o Escore Derivado, pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária); e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para estes escores foram, então, transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue:

- Escore por atributo: $[(\text{valor obtido pela escala de Likert} - 1) / (4-1)] \times 10$

- Escore Essencial de APS: $[\text{Acesso} + \text{Utilização} + \text{Longitudinalidade} + \text{Integralidade (serviços disponíveis)} + \text{Integralidade (serviços prestados)} + \text{Coordenação} + \text{Grau de afiliação}] / 7$

- Escore Geral de APS: $[\text{Acesso (utilização)} + \text{Acesso (acessibilidade)} + \text{Longitudinalidade} + \text{Integralidade (serviços disponíveis)} + \text{Integralidade (serviços prestados)} + \text{Coordenação (Sistema de informação)} + \text{Coordenação (serviços disponíveis)} + \text{Grau de Afiliação} + \text{Orientação Familiar} + \text{Orientação Comunitária}] / 10$.

Os escores dos atributos geral, essencial e derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, considerando-se Baixo Escore, quando se encontrou resultado $<6,6$; e Alto Escore, quando resultou em $\geq 6,6$.

É importante destacar que antes de iniciar a fase de campo para a coleta de

dados, realizou-se treinamento com dezessete alunos de graduação, bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde - PET Saúde/Redes de Atenção¹³, e dois alunos de graduação voluntários, para que houvesse a apropriação do instrumento pelos aplicadores e discussão da estratégia de abordagem e realização da entrevista junto aos usuários.

As entrevistas foram realizadas no período de dezembro de 2013 a março de 2014, na própria Unidade, junto aos usuários que compareciam ao serviço para atendimento à demanda livre. As entrevistas duraram cerca de 25 minutos. O instrumento foi aplicado em duas fases: a primeira, com informações sociodemográficas para elaboração do perfil da amostra dos participantes da pesquisa (idade, gênero, escolaridade, procedência, soma familiar de rendimentos, número de pessoas na família, cor e há quanto tempo é hipertenso) (APENDICE A); a segunda, com as questões próprias do *PCATool* versão adulto que, possui 87 itens divididos em dez componentes relativos aos atributos da Atenção Primária (Quadro 1).

¹³ “*Pet Redes Saude*”, vinculado ao PET Saúde/Redes de Atenção (2013-2015), financiado pelo Ministério da Saúde, e que contempla projetos alinhados às prioridades definidas na perspectiva do fortalecimento das redes de atenção à saúde, preferencialmente articuladas ao planejamento das ações de saúde das Regiões de Saúde (Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011) e às Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010). Os bolsistas participantes foram dos projetos PET-REDES: Programa interdisciplinar “Redes de atenção à saúde auditiva: análise da organização e implementação de ações para a garantia da integralidade do cuidado em Macaé (10 bolsistas) e do PET Vigilância em saúde (7 bolsistas).

Quadro 1 – Composição do Instrumento de Avaliação da APS – *PCATool* – Brasil, versão Adulto

Componentes relacionados aos atributos da APS	Questões
1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A)	Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B)	Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3)
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C)	Constituído por 12 itens (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12)
4. Longitudinalidade (D)	Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13 e D14)
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E)	Constituído por 8 itens (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8 e E9)
6. Coordenação – Sistema de Informações (F)	Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3)
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G)	Constituído por 22 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21 e G22)
8. Integralidade – Serviços Prestados (H)	Constituído por 13 itens para <i>mulheres</i> (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12 e H13) e 11 itens para <i>homens</i> (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10 e H11)
9. Orientação Familiar (I)	Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).
10 Orientação Comunitária (J)	Constituído por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5 e J6).

Fonte: Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde - *PCATool* -Brasil (BRASIL, 2010) (ANEXO A).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em planilha eletrônica, posteriormente exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0, e analisados estatisticamente, sendo calculados os escores de cada atributo, apresentados em tabelas. Para verificar a associação entre os escores da avaliação da qualidade da APS e as características sociodemográficas, foi ajustado o modelo de regressão de Poisson, para estimar a razão de prevalência com intervalo de confiança de 95%. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$).

A análise dos dados foi realizada através de tabelas com inversão de valores de acordo com o escore (0-10) do cartão reposta. A proporção de alto escore de APS entre os serviços foi estimada considerando a tabela padrão para leitura dos

dados aferidos descritivas em tabelas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre pesquisa com a participação de seres humanos, e foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil que o enviou para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida – UVA em julho de 2013 (APÊNDICE B). A liberação do Parecer de aprovação deu-se em dezembro do mesmo ano sob nº 480.233/2013 (ANEXO C).

Assegurou-se aos participantes o sigilo e o anonimato em relação às informações que fornecessem, e frente à concordância, foi assinado individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE C).

Cumprindo o papel social da pesquisa, os resultados serão apresentados à coordenação da ESF e do Programa de HAS da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé- RJ. Também serão divulgados em eventos científicos da área de Saúde Coletiva e de Enfermagem.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A investigação sobre a qualidade da atenção primária prestada por Unidades de Saúde da Família no município de Macaé, situado no estado do Rio de Janeiro, objetivou avaliar os aspectos fundamentais de seu desempenho como unidades primárias de saúde, e também o grau de orientação em relação aos atributos essenciais e derivados da Atenção Primária no que se refere à atenção à saúde vivenciada por hipertensos assistidos nessas unidades. Esta avaliação da atenção à saúde foi realizada a partir do instrumento *PCATool-Brasil* versão adulto, que permite identificar a real efetividade da APS a partir de escores gerados para cada um dos atributos analisados.

É importante esclarecer que um escore essencial pode ser obtido pela análise de todos os componentes ou questões que compõem os atributos essenciais. O escore geral é obtido a partir dos escores dos atributos essencial e derivado. Os escores de cada atributo foram categorizados segundo a orientação contida no Manual do Instrumento (BRASIL, 2010), no qual escores $\geq 6,6$ (ponto médio a partir de um intervalo de 0 a 10) indicam que os serviços possuem orientação para APS, e escores $< 6,6$ indicam que os serviços não a possuem.

Para caracterizar socialmente os usuários entrevistados, utilizamos um conjunto de questões estruturadas relativas à idade, gênero, escolaridade renda mensal e raça autorreferida. Na tabela 2 apresentam-se as características sociodemográficas dos 373 indivíduos que compuseram a população amostral deste estudo, a saber: 58,4% situam-se na faixa de 50 a 69 anos de idade e 74% pertencem ao gênero feminino; quanto à escolaridade, verificamos que 38,1% possuem ensino fundamental incompleto e que 8,8% se declararam analfabetos. O baixo nível de escolaridade identificado na amostra corrobora os dados encontrados por Silva et al. (2014) em estudo realizado na cidade de Sobral, no Ceará.

Em relação à raça autorreferida, 66,5% da amostra declararam-se pardos e negros; desse total, 49,3% da amostra possuem ensino fundamental e 74,8% dos entrevistados informaram possuir renda mensal de até dois salários mínimos. Em uma análise cruzada das variáveis raça, escolaridade e renda mensal, 37,0% da população amostral autorreferida como negros e pardos estão na faixa de até dois salários mínimos. Estes dados permitem inferir uma prevalência de usuários de baixa renda nestas unidades de saúde em Macaé, e corroboram os estudos de utilização dos serviços de saúde de que as populações de maior vulnerabilidade

social, baixa escolaridade, indivíduos de raça negra e parda e renda de até dois salários mínimos, são as que procuram mais os serviços públicos assistenciais (FERREIRA; COSTA; SOUSA, 2011; FROTA et al., 2013).

A predominância de mulheres na amostra é de 74%, resultado similar ao encontrado em estudos sobre acessibilidade em um município de médio porte na Bahia (OLIVEIRA, 2012); consumo alimentar entre hipertensos, realizado em Mato Grosso (MACHADO et al., 2011); e desempenho da Atenção Básica no estado de São Paulo na primeira década dos anos 2000, com adultos assistidos por unidades básicas, independente se para atendimento individual ou em acompanhamento de parentes (IBÁÑEZ et al., 2006).

Na população entrevistada, encontramos um total maior de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com escolaridade de nível fundamental e renda de até dois salários, evidenciando a vulnerabilidade social desse grupo. A presença feminina nas unidades básicas pode estar condicionada aos cuidados de saúde da mulher, pois, de forma geral, elas são mais atentas para detecção do câncer de colo uterino, consultas de acompanhamento para si ou por problemas de saúde dos filhos, pais idosos e ao fator idade. De acordo com Passos, Assis e Barreto (2006), a partir de 50 anos, a proporção de mulheres com hipertensão supera a de homens adultos, o que justificaria a maior presença desse grupo nas unidades de saúde estudadas.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ.Período: dezembro de 2013 a março de 2014.N=373

Variáveis sociodemográficas	N	%
1- Idade		
20 a 29 anos	14	3,8
30 a 39 anos	25	6,7
40 a 49 anos	66	17,7
50 a 59 anos	118	31,6
60 a 69 anos	100	26,8
70 a 79 anos	39	10,5
80 anos e mais	11	2,9
2- Gênero		
Feminino	276	74
Masculino	97	26
3- Escolaridade		
Analfabeto	33	8,8
Fundamental Incompleto	142	38,1
Fundamental Completo	96	25,7
Médio Incompleto	27	7,2
Médio Completo	65	17,4
Superior Incompleto	2	0,5
Superior	8	2,1
4- Renda Mensal		
< 1 Salário Mínimo	28	7,5
1 a 2 Salários Mínimos	251	67,3
2 a 3 Salários Mínimos	54	14,5
3 a 4 Salários Mínimos	22	5,9
> - 4 Salários Mínimos	18	4,8
5- Raça Autorreferida		
Branca	117	31,4
Negra	119	31,9
Parda	129	34,6
Outras	8	2,1
TOTAL	373	100,0

Para a análise dos resultados, codificamos os atributos com letras de **A** a **J** nas tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Os atributos essenciais são denominados: (A) Grau de Afiliação com serviço de saúde; (B) Acesso de Primeiro Contato - Utilização; (C) Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; (D) Longitudinalidade; (E) Coordenação: Integração de cuidados; (F) Coordenação: Sistema de Informação; (G) Integralidade: Serviços disponíveis; (H) Integralidade: Serviços prestados; e os atributos derivados: (I) Orientação familiar e (J) Orientação comunitária (ver detalhes no ANEXO A).

A tabela 3 demonstra a média dos escores essenciais e derivados de todos os atributos da APS avaliados nas unidades básicas do município de Macaé. Os valores identificados para as médias estão abaixo do valor de corte estabelecido de 6,66, sendo que apenas os atributos “Acesso de primeiro contato” (B) e “longitudinalidade” (D) obtiveram valores superiores ao valor médio.

A ESF tem papel fundamental na estruturação dos serviços básicos de saúde para o Brasil, como discutido por Starfield (2002) em seus estudos sobre a efetividade da APS em relação à atenção especializada. A eficiência de sistemas de saúde comprovadamente baseados em APS, contribuem para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e impacta nos resultados a serem alcançados, tais como diminuição da mortalidade geral por causas cardiovasculares e no melhor desempenho com gastos agregados em saúde.

Observamos na tabela 3 que a média dos escores dos atributos essenciais foi de 4,59, que está abaixo do valor de referência de 6,66; de forma semelhante, o escore derivado ficou abaixo do ponto de corte, com média de 4,89. A média geral dos atributos de 4,74 confirmam os resultados obtidos.

Tabela 3 - Média dos Escores dos Atributos da APS, identificados por hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ. Período: dezembro de 2013 a março de 2014

Atributos da APS		Média	\pm DP	Média Geral
Essencial	A – Grau de afiliação com Serviço de Saúde	3,29	0,69	4,59
	B – Acesso de Primeiro Contato: Utilização	7,65	0,52	
	C – Acesso de Primeiro Contato: Acessibilidade	2,40	1,15	
	D – Longitudinalidade	6,69	1,13	
	E – Coordenação: Integração de Cuidados	4,65	0,52	
	F – Coordenação: Sistema de Informação	5,31	0,87	
	G – Integralidade: Serviços disponíveis	3,48	1,38	
	H – Integralidade: Serviços prestados	3,22	1,20	
Derivado	I – Orientação familiar	6,09	0,72	4,89
	J – Orientação comunitária	3,69	1,12	
Todos atributos				4,74

Os resultados mostram que as unidades de saúde da família não estão trabalhando com um atendimento que inclua a presença das dimensões essenciais que as caracterizariam como um serviço primário de saúde.

O valor médio de 3,29 para o atributo grau de afiliação com o Serviço de Saúde (A), indica que elas não são consideradas, pela população como opção preferencial para resolução dos problemas de saúde. Essa situação encontrada é um indicativo da dificuldade dos usuários em reconhecer a disponibilidade dos profissionais no atendimento às suas necessidades, na medida em que se apresentem ao atendimento no serviço de saúde.

Na perspectiva da análise dos escores apresentados na tabela 3, consideramos que o serviço prestado nas USF de Macaé requer a correção das inconsistências que prejudicam a orientação para APS, visando alcançar a eficiência, a efetividade e a resolutividade esperadas neste nível de atenção.

Podemos identificar na tabela 4 a satisfação dos usuários e a média dos escores relacionados ao atributo acesso de primeiro contato, discriminado em seus dois componentes: utilização e acessibilidade.

Tabela 4 – Satisfação dos usuários e média relacionada ao Atributo Acesso de Primeiro Contato segundo hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ.
Período: dezembro de 2013 a março de 2014

	Acesso de Primeiro Contato			
	B – Utilização		C– Acessibilidade	
	N	%	N	%
Satisfeito	292	78,3	3	0,8
Insatisfeito	81	21,7	370	99,2
Média		7,65		2,40
Desvio Padrão		0,52		1,15

O atributo acesso de primeiro contato com os componentes utilização e acessibilidade, fornece informações sobre o serviço de saúde como o primeiro local de escolha do usuário, caso apresente demanda de saúde nova ou recorrente, identificando-o como meio preferencial para acesso a serviços ou profissionais especializados, a partir da indicação do médico de família.

O resultado desse atributo, em seus componentes, evidenciou que 78,3% da amostra consideraram satisfatório o componente utilização da unidade, e 99,2% avaliaram como insatisfatória a acessibilidade. O que pode ter concorrido para este resultado positivo no componente utilização, foi o fato de as unidades serem o único equipamento de saúde presente para atendimento dos usuários em seus territórios.

O componente acessibilidade apresentou escore de 2,40 abaixo do ponto de corte de 6,66. Esse baixo resultado indica que mesmo com a existência de uma unidade primária na área, esta se mostra insuficiente para a assistência dos usuários no que se refere à integralidade da assistência. Os resultados apontam para a utilização adequada das USF em função da sua localização geográfica, porém, não permitem afirmar que os entrevistados acessam os serviços disponíveis nas unidades com ESF, apesar de reconhecê-las como serviço de referência.

Em relação aos componentes acesso e utilização, vemos que as ações prestadas nestas unidades apresentam problemas como: demora em conseguir uma consulta médica, ausência de profissionais no horário de funcionamento e de funcionários no horário do almoço. Portanto, a existência física das unidades não se

configura condição *sine qua non* de um acesso oportuno e adequado, como preconizado no Relatório BH (2013).

Fausto et al. (2014) identificaram situações semelhantes na avaliação com o PMAQ-AB sob a perspectiva de 16.566 USF em municípios brasileiros. Para os autores, a porta de entrada preferencial à rede de atenção envolve componentes do ponto de vista organizacional da ESF, no sentido de suprir as necessidades da população.

O atributo acesso de primeiro contato no componente acessibilidade busca, em termos gerais, avalia a capacidade do serviço de saúde em atender seus usuários com agilidade, de forma que contemple por algum meio de comunicação (telefone, e-mail, microblog etc) o esclarecimento de uma doença e/ou tratamento, o tipo de atendimento realizado pela unidade e equipe, incluindo a forma de lidar com esse usuário quando o serviço encontra-se fechado.

Considerando a prevalência de hipertensão no município estudado, que exige maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais, este atributo permite a avaliação da vinculação e da adesão dos usuários às orientações fornecidas, e do tempo gasto na sala de espera até ser atendido em uma consulta médica ou do enfermeiro, reforçando as barreiras limitadoras de acesso à atenção, o que parece distante de uma política de oferta de serviços adequada, e de um elenco de ações que privilegie a avaliação e a classificação do risco à saúde. O acesso, portanto, é uma forma de percepção das pessoas em relação à acessibilidade aos serviços e profissionais (STARFIELD, 2002).

Os indivíduos insatisfeitos com o acesso aos serviços da APS totalizam 99,2% da amostra, o que é similar aos resultados apresentados por Castro et al. (2012) em estudo sobre qualidade da Atenção Primária em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na perspectiva dos profissionais de saúde que atuavam em diferentes serviços da rede pública de APS. Um dos resultados desta pesquisa foi o acesso de primeiro contato como o atributo de menor escore em todos os serviços avaliados, concorrendo para a insatisfação da população.

Similarmente, a insatisfação ocorre pela perda da continuidade da atenção, falta de coerência entre os serviços prestados e ausência do atendimento adequado às necessidades de saúde da população, conforme preconiza a OMS (2010). O resultado deste escore no município de Macaé indica hiatos no processo de atenção que não favorecem a efetivação do princípio da igualdade nos atendimentos

à população, resultado que também esteve presente nos estudos de Clares, Silva, Doutorado e Lima (2011) e Bonelo (2014).

A análise da acessibilidade permite verificar que a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, recebe avaliação favorável, em detrimento do acesso aos serviços de saúde prestados em uma Unidade Básica. Elias et al. (2006) verificaram situação semelhante ao resultado desta pesquisa quando compararam o desempenho entre PSF e UBS em um município da cidade de São Paulo. Decerto não se trata de que as equipes trabalhem com agendas superlotadas e com uma carga excessiva de solicitações de exames, e sim, de que o processo de trabalho tenha uma racionalidade que favoreça a utilização adequada da capacidade operacional dos profissionais e das unidades de atenção à saúde.

A partir deste ponto são apresentadas as médias dos escores alcançadas para cada atributo da APS em suas relações com as variáveis: gênero, escolaridade, renda e raça nas tabelas 4, 5, 6 e 7, respectivamente, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson para comparação. O nível de significância estatística assumido foi de $p < 0,050$.

Considerando a análise das variáveis sociodemográficas e o escore do *PCATool*, avaliamos a influência das variáveis estabelecendo uma relação de causa e efeito com os atributos e seus componentes.

Na tabela 5, na análise da variável gênero, não se observou significância estatística de resultados associados aos escores obtidos pelos atributos, com exceção do atributo Orientação Familiar (I), cujo p-valor de 0,049 atende o nível de confiança de 95%. Com o escore de 6,68 podemos dizer que o serviço atende a orientação para APS na perspectiva masculina, com o resultado acima do ponto médio de 6,66 estabelecido pelo *PCATool*.

Na mesma tabela, identificamos para o componente Utilização (B) do atributo acesso de primeiro contato, um valor de escore de 7,65 idêntico para os gêneros feminino e masculino, portanto, acima do ponto de corte adotado no instrumento. Porém, com o p-valor de 0,993 não se pode assegurar um resultado estatisticamente significativo, devido ao nível de confiança estabelecido em 0,05.

Tabela – 5 Média dos escores da APS associada à variável gênero dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ.
Período: dezembro de 2013 a março de 2014

Atributos	Gênero				P-Valor
	Feminino		Masculino		
	Média	DP	Média	DP	
A	3,31	1,31	3,25	1,32	0,708
B	7,65	2,55	7,65	2,71	0,993
C	2,37	1,22	2,47	1,20	0,489
D	6,62	1,93	6,89	1,85	0,222
E	4,64	2,21	4,67	1,88	0,894
F	5,44	3,60	4,94	3,29	0,228
G	3,59	2,65	3,16	2,44	0,167
H	3,32	3,17	2,93	2,50	0,264
I	5,88	3,61	6,68	2,88	0,049
J	3,53	3,46	4,14	3,18	0,133
Geral	4,63	1,53	4,65	1,47	0,803
Essencial	4,62	1,35	4,50	1,17	0,431

Na tabela 6, quando se analisa a variável escolaridade e a média dos atributos da APS, destacamos a avaliação obtida pelo atributo Coordenação em seu componente Integração de Cuidados (E). Este componente trata da busca de atendimento especializado para as necessidades dos usuários, a partir de encaminhamento da unidade primária ou por iniciativa do próprio usuário, e do conseqüente monitoramento deste pela equipe da ESF.

Quando avaliados de acordo com o grau de escolaridade, observamos uma

pequena diferença de 0,74 entre as médias do atributo. Essa diferença demonstra uma linearidade na avaliação dos entrevistados, independente do seu nível de escolaridade. O valor das médias menor que a referência para a APS (6,66) aponta para a falta de integração dos cuidados nos diferentes níveis de assistência à saúde. Porém, o p-valor de 0,966 compromete a confiabilidade dos dados coletados em função do nível de confiança adotado em 0,050.

Em nosso estudo, os entrevistados relataram que conseguem o indicativo de consulta para especialidades, ainda que demorado, a partir de suas unidades de SF, porém, em relação ao monitoramento do usuário ou de sua família quanto aos resultados das consultas especializadas realizadas pelos profissionais da equipe de referência, os usuários não fizeram uma avaliação positiva. Esta é uma situação de alerta para as equipes por contribuir negativamente com a resolubilidade esperada na APS, principalmente quando se pensa na responsabilidade da equipe pelo acompanhamento contínuo do usuário, quando esta não possui informações sobre o que foi decidido no nível especializado.

Resultados semelhantes foram obtidos com o uso do *PCATool* na cidade de Alfenas, em Minas Gerais, por Silva et al. (2014), que indicaram a mesma fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção, enfraquecendo a coordenação dos cuidados pela unidade primária.

Nessa mesma tabela 6, o p-valor dos atributos Acessibilidade (C) e Integralidade (G) é de 0,011 e 0,002, respectivamente, de modo que podemos garantir o nível de confiança adotado com resultados estatisticamente significativos. Com valores de média por escore da ordem de 2,50, abaixo do ponto de corte de 6,66, inferimos novamente que o atributo acessibilidade demonstra baixa orientação para a APS. De forma análoga, o atributo Integralidade no componente serviços disponíveis (G), obteve escore de 3,00 com exceção da variável escolaridade de nível superior incompleto (escore de 7,35). Com essa ordem de escore, esse atributo confirma a baixa orientação para a APS, enquanto que a variável nível superior incompleto apresenta um desvio dessa orientação.

Tabela 6 - Média de Escores dos Atributos da APS associada à variável escolaridade dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ. Período: dezembro de 2013 a março de 2014

Atributo	Escolaridade														P - Valor
	Analfabeto		Fundamental				Médio				Superior				
			Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
A	2,83	1,49	3,32	1,31	3,42	1,21	3,31	1,47	3,25	1,32	2,00	0,00	3,83	1,37	0,089
B	6,67	3,32	8,16	2,41	7,64	2,40	7,00	3,12	7,37	2,43	7,22	2,36	7,36	2,91	0,036
C	2,01	1,40	2,22	1,20	2,45	1,20	2,89	1,22	2,66	1,13	3,47	0,20	2,40-	0,76	0,011
D	6,88	1,64	6,87	2,13	6,54	1,73	6,24	1,57	6,65	1,78	5,95	3,37	6,46	2,80	0,829
E	4,50	2,19	4,68	2,30	4,63	2,02	4,60	2,02	4,76	1,88	5,00	2,36	4,26	1,76	0,966
F	5,32	3,91	5,41	3,53	4,73	3,41	5,39	3,85	5,66	3,13	6,11	5,50	6,94	4,74	0,573
G	2,15	2,3	3,47	2,56	3,36	2,63	4,60	2,32	3,65	2,64	7,35	0,54	4,43	2,51	0,002
H	2,53	2,99	3,34	2,85	3,12	3,20	3,26	2,44	3,30	3,40	5,64	2,18	3,75	2,27	0,506
I	5,22	3,69	6,01	3,52	6,49	3,09	5,76	2,96	6,27	3,80	6,67	4,71	5,56	4,11	0,625
J	4,18	2,89	3,76	3,29	3,23	3,65	3,00	3,25	4,01	3,60	3,33	3,14	5,76	1,78	0,391
Geral	4,23	1,52	4,72	1,51	4,56	1,41	4,60	1,35	4,76	1,46	5,27	1,82	5,08	1,50	0,416
Essencial	4,11	1,41	4,68	1,35	4,49	1,25	4,66	1,25	4,66	1,20	5,34	1,29	4,93	1,35	0,200

Na tabela 7, quando se analisa estatisticamente a média dos atributos da APS com a variável renda mensal dos entrevistados, o atributo Integralidade no componente Serviços Prestados (H) evidenciou diferença de 0,88 entre as médias, demonstrando a linearidade na avaliação dos entrevistados, independente da sua renda mensal.

O atributo Integralidade em seu componente serviços prestados (H), visa identificar se houve abordagem junto aos usuários acerca de assuntos específicos, como prevenção da osteoporose, cuidados com a menstruação ou menopausa, dentre outros, em se tratando de mulheres; e cuidados como alimentação saudável, exercícios físicos e outros itens de aconselhamento aos usuários.

Considerando o valor das médias menor que a referência da APS (6,66), constata-se a ausência ou baixa frequência de orientações e aconselhamento sobre medidas de prevenção de danos e promoção à saúde em consultas médicas ou de enfermeiros. Porém, com o p-valor de 0,885, não podemos assegurar um resultado estatisticamente significativo (superior a 0,050).

De acordo com a tabela 7, os atributos Acessibilidade (C), Integralidade (G) e Orientação Familiar (I) possuem p-valor de 0,001, 0,000 e 0,023, respectivamente, de modo que podemos garantir o nível de confiança adotado com resultados estatisticamente significativos. Com valores de média por escore da ordem de 2,50, inferimos novamente que o atributo acessibilidade possui baixa orientação para a APS. De forma análoga, os atributos Integralidade nos componentes Serviços Disponíveis (G) e Orientação Familiar (I) obtiveram escores da ordem de 4,00 e 5,50, respectivamente, ambos reforçando a baixa orientação para a APS.

Tabela 7–Associação entre renda mensal dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ e média dos atributos essenciais da APS. Período: dezembro de 2013 a março de 2014

Atributo	Renda										P - Valor
	< 1 SM		1 SM – 2 SM		2 SM – 3 SM		3 SM – 4 SM		> - 4 SM		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
A	3,00	1,14	3,361	1,37	3,21	1,35	3,39	1,14	3,59	0,97	0,607
B	7,06	2,62	7,76	2,63	7,84	2,54	7,22	2,54	6,98	2,25	0,408
C	1,93	1,19	2,35	1,19	2,45	1,16	3,01	1,14	3,19	1,35	0,001
D	5,91	2,59	6,77	1,88	6,76	1,66	6,77	1,85	6,44	1,77	0,239
E	4,63	2,06	4,56	2,06	4,90	2,26	4,66	2,48	5,16	1,98	0,676
F	5,32	3,73	5,16	3,62	5,14	3,14	6,87	3,14	5,99	3,10	0,234
G	2,86	3,20	3,24	2,39	3,67	2,69	4,96	3,00	5,37	2,39	0,000
H	2,72	3,54	3,23	2,92	3,35	3,13	3,18	3,56	3,60	2,52	0,885
I	4,25	4,43	6,14	3,47	6,83	2,87	6,46	2,69	5,56	3,19	0,023
J	2,62	3,15	3,67	3,48	4,10	3,46	4,24	3,08	3,64	2,50	0,382
Geral	4,03	1,63	4,62	1,46	4,83	1,45	5,08	1,40	4,95	1,27	0,072
Essencial	4,18	1,35	4,54	1,28	4,67	1,30	5,01	1,44	5,04	1,25	0,102

Nesse atributo (I), a exceção é a variável de 2 a 3 salários mínimos que apresenta escore de 6,83 considerada a única inflexão de orientação para a APS. Portanto, o resultado permite afirmar que este atributo derivado foi melhor avaliado entre os indivíduos entrevistados, impactando nos aspectos relativos à orientação familiar, uma vez que aborda, em consulta, doenças que podem ter características de problemas de saúde mental ou doenças de influência genética.

Com p-valor de 0,001 para o atributo essencial de acesso de primeiro contato no componente acessibilidade (C), e considerando que o escore é da ordem de 2,50, os resultados refletem a precariedade de elementos facilitadores às ações e profissionais disponíveis na ESF na perspectiva do usuário, com 99,2% de insatisfação, como demonstrado na tabela 4.

Semelhante pesquisa realizada por Reis et al. (2013) avaliou a dimensão dos serviços na perspectiva dos gestores, usuários e profissionais da ESF, obtendo como resultado 60% de insatisfação. De modo que podemos inferir que os dados apresentados pelos autores, ainda que não atendam a orientação para APS, diferem positivamente devido às representações de três segmentos do SUS, enquanto neste estudo optamos por ouvir somente os usuários, sendo os resultados muito negativos.

Estudos realizados por Alencar (2011) e Viana (2012) sobre avaliação dos usuários adultos nos municípios de São Luís (Maranhão) e Teresina (Piauí), mostraram prevalência do gênero feminino em relação ao ensino fundamental e à renda salarial de até dois salários mínimos. Esses resultados permanecem atuais, enquanto os dados do nosso estudo reforçam a problemática da acessibilidade identificada na região Nordeste, mostrando que a despeito da região geográfica e do período temporal estudado, a rede de atenção primária de Macaé sofre as mesmas dificuldades.

Na tabela 8 apresentamos a associação entre raça autorreferida dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé (Rio de Janeiro) e a média dos atributos da APS. Destaca-se na tabela, o atributo coordenação no componente Sistema de Informação do Serviço de Saúde (F). Este atributo, correlacionado com a raça dos entrevistados, evidenciou uma diferença de 4,48 entre as médias. Essa diferença demonstra uma amplitude na avaliação dos entrevistados relacionado à raça. Considerando o valor das médias menor que a referência da APS (6,66), identificamos a ausência de um sistema de informação da

USF que não favorece o conhecimento integral da saúde dos usuários sob a responsabilidade da equipe. O p-valor de 0,002 neste atributo permite assegurar um resultado estatisticamente significativo, em função do nível de confiança de 95%.

Ratificando este resultado, trazemos como informação as respostas dos usuários de que nas unidades estudadas, nas questões relacionadas a este atributo, a maioria informou que não tinha o hábito de comparecer às consultas com registros de consultas anteriores. Também houve surpresa por parte dos mesmos, informando que não sabiam que poderiam consultar seus prontuários como um direito.

Nesta tabela 8 ainda chama atenção os resultados significativamente estatísticos para os atributos essenciais relacionados ao grau de afiliação (A), coordenação no componente sistema de informação (F), Integralidade no componente serviços prestados (H), longitudinalidade (D) e o atributo derivado orientação comunitária (J). Identificamos os p-valores de 0,001; 0,002; 0,030; 0,49 e 0,047 associados aos atributos descritos anteriormente, de modo que podemos afirmar que os nossos resultados são adequados ao nível de confiança adotado.

Os valores de média por escore da ordem de 4,00 para o atributo coordenação no componente sistema de informação (F) e integração de cuidados (E), associados à média por escore da ordem de 3,00 para o atributo grau de afiliação com serviços de saúde (A), integralidade no componente serviços prestados (H) e para o atributo derivado orientação comunitária (J), permitem identificar que, nesses atributos, a média de escore situou-se abaixo do nível de ponto de corte de orientação para APS, confirmando a descontinuidade da oferta de ações próprias da APS.

Tabela 8– Associação entre raça autorreferida dos hipertensos ≥ 20 anos cadastrados nas USF urbanas de Macaé/RJ e a média dos atributos da APS.
Período: dezembro de 2013 a março de 2014

Atributo	Raça								P – Valor
	Branca		Negra		Parda		Outras		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
A	3,54	1,27	3,45	1,37	2,96	1,27	2,75	0,97	0,001
B	7,74	2,45	7,68	2,31	7,56	2,94	7,22	2,97	0,914
C	2,38	1,24	2,34	1,04	2,46	1,37	2,53	0,52	0,867
D	6,69	1,92	6,51	1,78	6,70	2,02	5,27	1,29	0,049
E	4,79	2,17	4,71	2,00	4,52	2,19	3,80	1,17	0,492
F	5,87	3,30	4,91	3,54	5,41	3,58	1,39	2,83	0,002
G	3,65	2,79	3,37	2,35	3,37	2,70	4,34	1,21	0,611
H	3,84	3,04	2,84	2,83	2,94	3,14	4,26	1,36	0,030
I	6,29	3,38	5,95	3,44	6,00	3,60	6,53	2,33	0,852
J	4,21	3,12	3,43	3,68	3,61	3,35	1,18	2,09	0,047
Geral	4,93	1,38	4,52	1,43	4,55	1,58	3,93	0,65	0,054
Essencial	4,85	1,22	4,48	1,20	4,49	1,46	3,94	0,43	0,042

Isoladamente, o atributo derivado Orientação Comunitária (J) avalia, na perspectiva dos usuários, se os profissionais do serviço reconhecem os problemas de saúde da população e estimulam a participação da comunidade no planejamento das ações da ESF. O valor encontrado para este atributo (4,0) reflete que as equipes de Saúde da Família, em Macaé, não desenvolvem ações que promovam a participação e integração da comunidade com a unidade e/ou profissionais.

O estudo de Lima (2014), realizado em Teresina (Piauí), mostrou resultado semelhante quanto à orientação comunitária, onde 97,8% dos pesquisados não participavam do Conselho Local de Saúde. Como destaque do estudo nordestino, citamos a quase inexistência de estímulos e convites à comunidade para participação nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde. Esta situação não difere

da prática identificada no município de Macaé, cujos Conselhos têm participação incipiente da população e dos profissionais nas representações dos segmentos usuários e trabalhadores nos Fóruns que tenham como objetivo, analisar a situação de saúde e o acompanhamento/fiscalização das ações implementadas pelo gestor municipal.

O atributo derivado orientação familiar (I) e os atributos essenciais acesso de primeiro contato no componente utilização (B) e acessibilidade (C), obtiveram os p-valores de 0,852, 0,914 e 0,867, respectivamente. Estes valores não permitem assegurar um resultado estatisticamente significativo, por encontrarem-se acima do nível de confiança de 0,050.

Os atributos (C) e (I) possuem média de escore abaixo do nível de ponto médio adotado, porém, o atributo (B) apresenta média superior ao mesmo (6,6), de modo que o atributo acesso de primeiro contato no componente utilização é forte indicativo de orientação da APS, como demonstrado nas tabelas 5, 6 e 7.

A análise do atributo derivado orientação familiar (I), constituído por três itens, correlacionados com a variável idade dos entrevistados, evidenciou uma diferença de 0,75 entre as médias, configurando uma linearidade na avaliação. Considerando o valor das médias menor que a referência da APS (6,66), podemos considerar a ausência de abordagem das doenças genéticas e familiares pela equipe da USF. Porém, com o p-valor de 0,890, afirmamos que o resultado não é estatisticamente significativo em função do nível de confiança de 95%.

No atributo essencial acesso de primeiro contato no componente acessibilidade (C) e o atributo integralidade no componente serviços disponíveis (G), encontramos p-valores de 0,011 e 0,024, respectivamente, adequados ao nível de confiança estabelecido.

5 CONCLUSÕES

A hipertensão arterial sistêmica, enquanto condição crônica de saúde, está sendo vista como um dos desafios que a equipe de saúde precisa enfrentar na atualidade quando consideramos a magnitude das doenças crônicas, a grande demanda da população pelos serviços de saúde e as respostas que a Atenção Primária precisa oferecer no que se refere às abordagens preventivas, aos enfoques da promoção em saúde e as intervenções adequadas e necessárias à gestão do cuidado por profissionais e usuários dos serviços, aliadas ao gasto racional e efetivo em saúde, onde o protagonismo das pessoas em relação à sua própria saúde seja valorizado, principalmente neste nível de atenção do sistema de saúde.

O presente estudo avaliou a qualidade da APS no município de Macaé (RJ) por meio da verificação da presença dos atributos essenciais e derivados e de seus escores, a partir da aplicação do instrumento de avaliação da Atenção Primária *PCATool-Brasil* aos indivíduos hipertensos cadastrados, usuários dos serviços das unidades básicas com Estratégia Saúde da Família.

A partir dos resultados dos escores dos oito atributos essenciais e dois derivados obtidos nesta investigação, pudemos indicar o distanciamento do grau de orientação à Atenção Primária das unidades de saúde da família no município de Macaé e sua baixa qualidade no que se refere às ações ofertadas, segundo os parâmetros estabelecidos pelo *PCATool*, com apenas dois atributos essenciais com orientação para Atenção Primária.

As maiores dificuldades das unidades e equipes de Saúde da Família estão focadas inicialmente no componente Acesso de primeiro contato, em seu componente acessibilidade aos serviços, considerando que essas unidades devem funcionar como a principal porta de entrada ao sistema de saúde, com processos assistenciais que possam impactar positivamente nos demais níveis de atenção e na diminuição dos custos decorrentes em outros níveis, a partir de intervenções adequadas das equipes na APS.

Os problemas identificados no atributo essencial acesso de primeiro contato, no componente acessibilidade, retiram das unidades e equipes de Saúde da Família, a característica de funcionar como porta aberta, resolutiva e acolhedora para as demandas dos usuários; ou seja, resolver problemas conhecidos ou novos, garantindo-lhes atendimento de livre demanda, sem necessidade de marcação prévia, horários adequados às características da população no território e de acesso

com vínculo e responsabilização para cada nova situação de ida ao serviço de saúde.

Ao encontrarmos escore abaixo da média para o atributo acessibilidade, coloca-se para o município o desafio de superar o modelo tradicional de atendimento centrado em queixas agudas, que sobrepuja a capacidade de trabalho integrado entre os profissionais e a regularidade da atenção. A perpetuação deste modelo mostra descontinuidade de ações dentro das próprias Unidades de Saúde da Família e desconhecimento de como devem funcionar as equipes de atenção primária com seu elenco de serviços.

Os resultados negativos para APS na avaliação dos usuários, quanto à associação da dimensão acessibilidade da área de abrangência das USF também se explicam em virtude de insuficiente oferta e acesso às ações de atenção à saúde, na falta de meios de comunicação simples e eficazes que permitam contatar a unidade quando esta se apresenta fechada e impele os usuários a buscarem outros níveis do sistema de saúde municipal que lhes propiciem resposta adequada e em tempo oportuno às demandas que apresentam, especialmente em virtude da insuficiente oferta e restrição de acesso aos profissionais médicos das equipes de Saúde da Família.

Novamente, o que se tem como situação corrente é a existência de barreiras de acesso para utilização das unidades primárias, sem que haja uma avaliação da resolutividade e do desempenho das equipes de saúde da família no acompanhamento da situação de saúde e da prevenção dos danos da hipertensão arterial sistêmica, o que favorece a dupla entrada no sistema de saúde.

A despeito das queixas dos usuários durante as entrevistas, os resultados indicaram que a utilização dos serviços e o acesso a alguns profissionais estão dentre os poucos itens de satisfação com a Unidade de Saúde da Família, assim como o vínculo que formam com os profissionais, mesmo que a continuidade das ações possa estar prejudicada por sua ausência nas unidades em dias e horários em que deveriam cumprir seus turnos de trabalho.

O atributo longitudinalidade foi um dos que obteve escore médio para APS, e representa um aspecto positivo na avaliação do usuário. Como este atributo é importante para caracterizar o serviço como de orientação para APS, seu resultado pode representar atenção continuada das equipes, ainda que se observe limitada capacidade das mesmas para atender todo o território.

Quanto ao atributo coordenação, os escores obtidos mostraram o distanciamento das ações para APS no processo de organização e disponibilização de informações sobre os usuários, seus problemas de saúde e conhecimento das demandas por atendimento nas famílias. Isto se reflete na baixa organização da rede em produzir intervenções positivas ao enfrentamento de problemas colocados para a rede básica, na falta de articulação entre os diferentes níveis assistenciais e seus profissionais, na falta de equipamentos básicos como computadores e internet para ajudarem os profissionais nos registros sobre seus pacientes, bem como na fragilidade das equipes em terem a APS como ordenadora dos cuidados.

No que se refere à integralidade, que é um dos princípios do SUS, sendo a ESF um dos campos mais favoráveis a estas ações com base em um planejamento advindo do conhecimento das condições de vida e saúde da população, vimos que no município de Macaé isto não se dá de modo organizado, refletindo um processo de atendimento à demanda por assistência médica e fraco reconhecimento da atuação de outros profissionais, como o enfermeiro, além da fragilidade em estabelecer protocolos e pactuações referentes à linha de cuidado em HAS.

Em relação ao atributo Orientação Familiar e Comunitária, o escore inferior a 6,6 mostrou o baixo desempenho das equipes com problemas e instrumentos que levem ao conhecimento da história individual e familiar e favoreçam aos indivíduos a discussão compartilhada das decisões sobre seu tratamento, reforçando a lógica de um atendimento centrado no conhecimento técnico profissional, e não no usuário. É importante romper com esta lógica de falta de autonomia, para que se possa valorizar a pessoa no seu processo de cuidado em saúde. Não basta orientar para, e sim que o profissional de Saúde da Família seja capaz de responsabilizar-se com o outro por mudanças em seu quadro de doença/agravos de saúde.

A participação do usuário nas atividades internas dos serviços de saúde é ainda uma realidade distante em Macaé. No atributo orientação comunitária, identificamos que os profissionais da ESF não reconhecem os problemas de saúde da população e há pouco estímulo à participação da comunidade no planejamento das ações das equipes. O contrário desta realidade seria que os profissionais pudessem atuar nos territórios junto com a população, mobilizando-a na organização e incentivando o envolvimento da comunidade na discussão dos problemas, planejamento e execução de ações-chave às necessidades de saúde, aos cuidados preventivos, à promoção de saúde, com uso potencial de seus recursos humanos.

Na realidade, esta é mais uma responsabilidade social das equipes, com vistas ao crescimento social e comunitário e ao alcance de melhores indicadores de qualidade de vida.

Os resultados desta pesquisa indicam a necessidade de medidas no nível de gestão que enfrentem de modo positivo os problemas de acessibilidade, como os relacionados à coordenação do cuidado e à Integralidade da assistência prestada. A infraestrutura das USF de Macaé mostrou-se deficitária, com implicações desfavoráveis para o que se espera no trabalho de APS e para a forma de operar as políticas públicas de atenção à saúde no município.

A hipótese deste estudo, que foi a incipiência da qualidade das ações de saúde prestadas nas unidades com ESF no município de Macaé, confirmou-se pelos resultados desta avaliação. Decerto que há possibilidades de reversão destes resultados em médio prazo, se houver um esforço da gestão e dos profissionais em adequarem suas práticas à melhor organização e desempenho da APS em seus atributos essenciais e derivados, com avaliações periódicas de usuários e profissionais.

Na condução desta pesquisa, tivemos algumas limitações, principalmente relacionadas com a coleta de dados junto aos usuários hipertensos, pois os acadêmicos, em função do pouco movimento em dias em que não havia a presença de médico, precisavam remarcar as entrevistas, o que implicava em vários retornos até que o número previsto de usuários da amostra pudesse ser alcançado. Infelizmente esta é uma realidade de baixa utilização dos equipamentos de saúde pelos usuários, ainda presente nas unidades com Estratégia Saúde da Família, pela presença de um processo de trabalho muito voltado para o atendimento médico.

Ainda como limitação deste estudo, podemos considerar que a amostra calculada pode ter sido numericamente insuficiente para a estimativa dos fatores associados aos escores obtidos, sendo necessários estudos mais amplos e com maior número de variáveis que possam avaliar a robustez da influência dos fatores demográficos e os serviços prestados na APS.

Outra limitação esteve relacionada ao instrumento de avaliação utilizado e suas dimensões. Pudemos observar que, apesar de validado nacionalmente, o questionário *PCATool* - Brasil versão Adulto, na forma de apresentação das questões, levava muitas vezes à necessidade de repetição, pelo entrevistador, de algumas perguntas para explicar detalhadamente do que tratavam, tanto em função

do nível de escolaridade dos entrevistados, quanto da ausência de características que deveriam fazer parte da estrutura básica dos serviços, o que leva necessariamente a resultados de escores desfavoráveis.

Diante dos resultados obtidos e da realidade vivenciada durante toda elaboração desta pesquisa, inclusive no acompanhamento dos resultados apresentados pelo município e disponibilizados no SIOPS (MS), algumas **proposições/sugestões** foram elencadas visando contribuir com melhores resultados das dimensões da Atenção Primária nas unidades de saúde da família do município, com possibilidades de auxiliar na reorganização da rede de atenção, especialmente no atendimento às pessoas com HAS. São elas:

- 1- Fortalecer as unidades de SF como porta de entrada do sistema de saúde no município através da consolidação do seu papel como ordenadora dos cuidados;
- 2- Adequar a estrutura física e dotar as unidades com equipamentos necessários, conferindo agilidade ao processo de trabalho dos profissionais para aumentar a resolutividade em APS;
- 3- Investir na educação permanente de enfermeiros e médicos visando atuarem com ampliada capacidade de resolução para promover a confiança dos usuários na estratégia e em seus profissionais;
- 4- Ampliar o horário de atendimento das unidades de SF, incluindo sábados em horário parcial, de modo a atender a população trabalhadora que não consegue acessar a unidade nos horários em que hoje estão funcionando.
- 5- Estimular os profissionais a realizarem atividades no território com a participação em ações de integração da ESF com a comunidade;
- 6- Investir em ações integradas entre o nível primário, especializado e hospitalar com retorno às equipes de SF das ações realizadas ou necessárias junto aos usuários nos demais níveis da rede de saúde municipal para favorecer a implantação da linha de cuidado na rede de serviços de saúde;
- 7- Favorecer fluxos assistenciais centrados no usuário e sua família, facilitando o seu “caminhar” na rede de serviços;

- 8- Garantir a assistência multiprofissional e interdisciplinar aos usuários da APS no município, especialmente os portadores de HAS, para a promoção da saúde da população e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações;
- 9- Oportunizar o acolhimento pela equipe através do reconhecimento de sinais de gravidade quando os usuários procuram o serviço no território de abrangência da USF;
- 10- Investir em ações de aprimoramento e qualificação dos enfermeiros para gerar impacto no trabalho de qualidade em atenção primária voltados para o controle das doenças crônicas no município;
- 11- Fomentar junto às comunidades e suas lideranças, a proposta de trabalho da ESF, de forma que o usuário seja visto como co-responsável do processo de produção da sua saúde, e não apenas um sujeito passivo nesta relação. Não fazemos “para” ele, mas “com” ele;
- 12- Estabelecer ações pactuadas com os cursos da saúde da UFRJ em Macaé para o desenvolvimento de pesquisas de avaliação da rede primária, qualificação de profissionais da ESF e de ações integradas ensino-serviço, que impactem no atendimento e na formação dos profissionais de saúde para atuação na rede de atenção à saúde.

Os resultados aqui observados podem e devem servir para uma avaliação mais detalhada do sistema de saúde local, e esperamos que possam contribuir para um realinhamento das respostas à lógica de uma APS resolutiva, integradora, capaz de se antecipar aos problemas com intervenções necessárias e promotoras de saúde. Quanto ao município de Macaé, poderá responder aos desafios que hoje estão colocados, unindo vontade política com conhecimento técnico para adesão aos princípios do modelo de atenção, de fato funcionando como sistema em rede de assistência.

REFERÊNCIAS

ABRAMCZUL, A.A. **A prática da tomada de decisão**. São Paulo: Atlas, 2009.

ALBUQUERQUE, F. J. B; MELO, C. F; SOUZA, F. E; ARAUJO NETO, J. L. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. **Estud psicol** (Campinas-SP) [online]. v. 28, n. 3, p.370-373, 2011.

ALENCAR, M.N. et al. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, fev., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 20 março. 2014.

ANDRADE, L. O. M.; BUENO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 2006. [p.783-836]

BELLATO, R; ARAÚJO, L.F.S. **Novos olhares para o desenho dos itinerários terapêuticos e os territórios em saúde**. In: Seminário Internacional de Estudos Regionais Sul-Americanos: contrastes socioterritoriais e perspectiva de integração regional, 2, 2006, Cuiabá, Resumos...Cuiabá: UFMT, 2006.

BELLONI, I; MAGALHÃES, H; SOUSA, L. C. **Metodologia da Avaliação em Políticas Públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003. [Coleção Questões de Nossa Época, v. 75].

BRANDÃO, A.L.R.B.S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan., 2013 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em 01 mar. 2014.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Constituição Federal da República**. Brasília: Senado Federal. **DOU**, Seção 1, p. 1, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Lei 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> Acesso em 27 mar. 2013.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. **Lei 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Brasília: MS, 1990. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf> Acesso em 27 mar. 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/1993. Portaria MS n. 545, de 20 de maio de 1993. **DOU** nº 96, Seção I, p. 6.961, 24 de maio de 1993.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Portaria MS n. 2203, **DOU** n. 216, Seção I, p. 22932, 6 de novembro de 1996. Brasília: MS., 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. [Série F- Comunicação e Educação em Saúde, 344 p.].

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica** (PNASS) Brasília, 2006. [Série PACTOS pela Saúde, v. 4].

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. [Cadernos de Atenção Básica, 16; Série A. Normas e Manuais Técnicos].

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. [Série A - Normas e Manuais Técnicos].

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. II Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública – Ano 2011; III Seminário Democracia, Direito e Gestão Pública, Edição Brasília-DF. 24 e 25 de novembro de 2011. Coordenação Nacional - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. p. 3.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011. Acesso em 20 de setembro de 2012. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Acesso em 25 de setembro de 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PNMAQ):** manual instrutivo – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [Série A - Normas e Manuais Técnicos, 62 p.].

CASSIANI, S.H.D.B. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a contribuição das Redes Internacionais de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, Editorial, v. 22, n. 6, p.891-2, nov-dez., 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.0000.2502 www.eerp.usp.br/rlae recebido artigo por e-mail....

(Copyright © 2014 **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.)

CUNHA, E.M.D. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária:** avaliando os modelos assistenciais do SUS.[Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009.

ELIAS, P. E. et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 90-99, jan., 2005.

FAUSTO, M.C.R; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SEIDI, H. et al.. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PNMAQ-AB. **Saúde em Debate, CEBES**, Rio de Janeiro, v.38, n. especial, p.13-33, out., 2014.

FRACOLLI, L.A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

IBÁÑEZ, N.,; ROCHA, J.S.Y.; CASTRO P.C.; RIBEIRO, M.C.S.A.; FORSTER, A.C.; NOVAES, M.H.D.; VIANA, A.L. Avaliação do desempenho da Atenção Básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA (IPEA). **Brasil em desenvolvimento:** Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: IPEA, 2009. [3 v: gráfs., tabs. - Brasil: o estado de uma nação].

CARVALHO, A. V. **Aprendizagem organizacional**: em tempos de mudanças. São Paulo: Pioneira, 1999.

CHOMATAS, E.R.V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. **Porto Alegre**. Dissertação [Mestrado em Epidemiologia] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, ALMA-ATA, URSS. **Cuidados Primários de Saúde**: Relatório da Conferência. Brasília: Organização Mundial da Saúde; UNICEF, 1979.

CONTANDRIOPOULOS, A. P; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde, conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

CUNHA, A. B. O; VIEIRA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr, 2010.

CUTAIT, R. Em busca de uma melhor gestão. **Jornal Folha de São Paulo**, p. A3, 10 de janeiro, 2006.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: A conceptual exploration. In: DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980. [V. I]

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

_____. **An introduction to quality assurance in healthcare**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a Atenção Básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud**, Washington DC, v.21, n. 2, p.164-176, 2007.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

FRIGOTTO, G. Educação e trabalho: bases para debater a Educação Profissional Emancipadora. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 71-87, jan/jun, 2011.

GONDIM, R. et al. Organização da atenção. In: GONDIM, R. (org) et al. **Qualificação de gestores no SUS**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EaD/ENSP. 2011. 480p. [Cap. 4].

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004.

HARZHEIM, E. **Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil**. Alicante. Tese [Doutorado em Medicina Preventiva e Saúde Pública] -Universidad de Alicante; 2004.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LIMA, S.C.S. **Orientação Familiar e Comunitária na Estratégia Saúdeda Família da Regional Norte de Teresina/PI**: Avaliação a partir do usuário adulto. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. [67p.]

MACEDO, L.M.; MARTIN, S.T.F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface** (Botucatu) [online]. 2014, v.18, n. 51, p. 647-660, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>. Acesso em: 01/12/2014.

MACINKO, J.; ALMEIDA, C.; OLIVEIRA, S.E.; Sá, P.K. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Management**, v. 19, p. 303-317, 2004.

MACHADO, A. D; BRITO, S; OLIVEIRA, D. C; PIMENTA, L. A. Estado nutricional e consumo alimentar de hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde/ Várzea Grande/ MT. **Rev Eletrônica Gestão & Saúde** , v.02, n. 01, p. 305-317, 2011.

MASCARENHAS, M. T. M; SILVA Jr. A. G. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: MATTOS, R. A; PINHEIRO, R. (Orgs.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. HUCITEC/IMS, São Paulo/Rio de Janeiro, 2004.

MATTA, G. **Especialistas analisam se políticas de avaliação do SUS garantem qualidade.** Agência FIOCRUZ de notícias: saúde e ciência para todos. 27/03/2012. Acessado em: 01/06/2014. Disponível em: <https://www.agencia.fiocruz.br/especialistas-analisam-se-pol%C3%ADticas-de-avalia%C3%A7%C3%A3o-do-sus-garantem-qualidade>

MOREIRA, T. M. A. **Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de Hanseníase.** [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 184 p.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20 (supl. 2), p.147-183, 2004.

OPAS. Publicações técnico-científicas da OPAS/OMS com o Ministério da Saúde (Brasil): 2005-2012. **Relatório Mundial de Saúde 2008; Atenção Primária em Saúde: agora mais que nunca.** In: OMS [CD-ROM]. [S1]: OMS; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Relatório Mundial/OMS. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Publicações técnico-científicas da OPAS/OMS com o Ministério da Saúde (Brasil): 2005-2012. **Relatório Mundial de Saúde 2008; Atenção Primária em Saúde: agora mais que nunca.** In: OMS [CD-ROM]. [S1]: OMS; 2010.

PASSOS, V. M. A; ASSIS, T D; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n. 1, p. 35-45, 2006.

REIS, R.S. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

RIBEIRO, L. C. Q; SANTOS JUNIOR, O. A. Democracia e cidade: divisão social da cidade e cidadania na sociedade brasileira. **Análise Social**, n. 174. p. 87-109, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 736 p.

SABROZA, P.C. **Saúde pública:** procurando os limites da crise. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1994. (Mimeo.)

SABROZA, P.C. **Concepções de Saúde e Doença**. Rio de Janeiro: EaD, ENSP, 2001. [Texto de Apoio ao módulo I do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde].

SANTANA, J. P; SANTOS, I; FREKETE, M. C; GALVÃO, E. A; MANDELLI, M. J; PENNA, M. L. F; MOTA, M. V; RIBEIRO, W. M. **Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 1997.

SILVA, C.T.; SILVA, S.; ALMEIDA, M.V.; ARAÚJO, I. Integralidade e suas interfaces com a produção do cuidado. **Rev Cuid.**, v. 5, n. 2, p. 731-8, 2014. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.85> Acesso em 05 ago. 2014.

SILVA, M. G. C; PINTO, F.J. M; GOMES, J.M; MELO, D.M. S; CARNEIRO, M.S.M. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do *PCATool* a profissionais e usuários. **Rev Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 279-295, out., 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n.1 (supl.1), p. 1-51, 2010.

SOUSA, A.I. **A satisfação da população com os serviços locais de saúde - Município de Itacarambi (MG)**. Rio de Janeiro, 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Osvaldo Cruz, 1996. [182 f]

SOUZA, M.L.B. **Modelo Orgânico de Avaliação Participativa: construção e aplicação na Estratégia Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011.

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

_____. **Atenção Primária – Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEIN, A.T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.179-181, jan-mar., 2013.

TOBAR, F; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica a Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciência Saúde Coletiva**, v.16, n. 11, p. 4395-4404, 2011.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20 (supl. 2), p. 190-198, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Bibliotecas e Informação: **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses**. Org. Elaine Baptista de Matos Paula et al. – 5. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: SiBI, 2012.

Van STRALEN, C.J.; BELISÁRIO, S.A.; Van STRALEN, T.B.S.; LIMA, A.M.D.; MASSOTE, A.W.; OLIVEIRA, C.L. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região Centro-oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(supl. 1), p. S148-S158, 2008.

VIANA, L.M.M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias**. Dissertação (Mestrado), Centro de Ciência da Natureza, Universidade Federal do Piauí, 2012.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do Município de Jequitinhonha, Minas Gerais**. Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

VUORI, H. A Qualidade de saúde. **Cad. Ciência e Tecnologia**, v.3, p.17-24, 1991.

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

1- Idade: _____

2- Gênero: 2.1- Masculino 2.2- Feminino

3- Escolaridade: 3.1- Não frequentou escola

3.2- 1º ciclo do ensino básico (1º ao 4º ano)

3.3- 2º ciclo do ensino básico (5º ao 9º ano)

3.4- Nível médio incompleto 3.5- Nível médio completo

3.6- Superior incompleto 3.7- Superior completo 3.8- Pós-graduação

4- Procedência: 4.1- N; 4.2- NE; 4.3- SE; 4.4- S; 4.5- CO

5- Qual a soma de rendimentos de sua família? _____

6- Contando com você, quantas pessoas na sua casa dependem desta renda? _____

7- A sua cor é: 7.1Branca; 7.2Negra; 7.3Parda; 7.4 Outras

8- Hipertenso há quanto tempo? _____

Observações:

APÊNDICE B – SUBMISSÃO DA PESQUISA AO CEP

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução CNS 466/12)

USUÁRIO Nº _____

Voce está sendo convidado a participar da pesquisa *Qualidade da atenção prestada pela Estratégia de Saúde da Família no município de Macaé- RJ*. Essa pesquisa tem como objetivos Avaliar a qualidade da atenção à saúde a partir das práticas na APS e Verificar a presença dos atributos da APS na perspectiva dos usuários adultos com HAS atendidos pela ESF. A pesquisa será desenvolvida sob responsabilidade da professora Inês Leoneza de Souza e faz parte de seu estudo de doutorado orientado pela Dr^a Elisabete Pimenta Araújo Paz, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Sua participação nesta pesquisa será responder um formulário de questões para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde. Este estudo não implicará em nenhum risco direto ou indireto para a sua saúde, apenas na disponibilidade de tempo para responder as questões. As perguntas do formulário de questões serão aplicadas em uma entrevista, que será feita na unidade de saúde e contaremos com cerca de trinta minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento na sua Unidade de Saúde e voce poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa as pesquisadoras garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado, pois não haverá possibilidade de que você seja identificado. O material obtido pelas respostas de cada entrevistado receberá um número correspondente a ordem de realização da entrevista.

É importante que você saiba que não terá nenhum custo financeiro ou benefício pessoal por aceitar participar da pesquisa. Qualquer dúvida que você tenha sobre a pesquisa ou se quiser mais informações, as pesquisadoras estarão á sua disposição para esclarecer. Os resultados serão divulgados no Conselho Municipal de Saúde do município, na Coordenação de Saúde da Família e do Programa de Hipertensão, em eventos e revistas científicas.

Eu _____ (usuário), fui informado 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 solicitações 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 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

Nome

Data:

Assinatura do Pesquisador

Responsável - Inês Leoneza de Souza –Tel: 24-99821 2977

Assinatura do Pesquisador Orientador – Elisabete Pimenta Araújo Paz- Tel: 21- 98109 4535

A N E X O S

ANEXO A – MANUAL *PCATool* –BRASIL - 2010

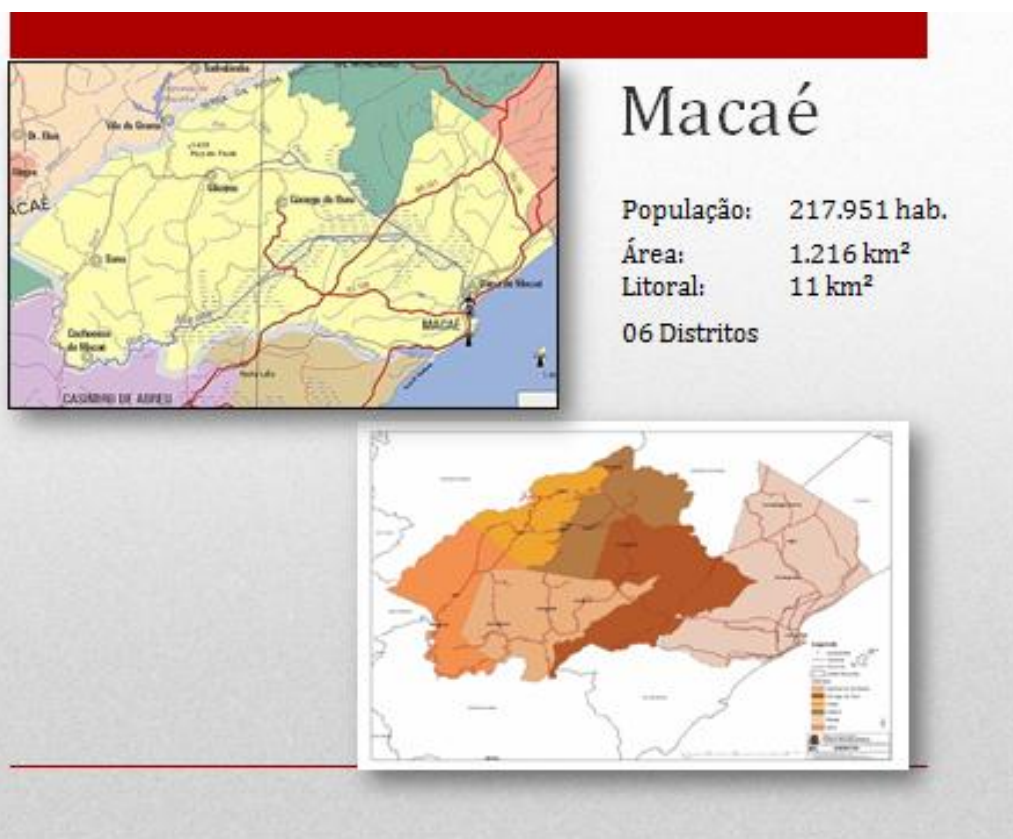
ANEXO B – UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – MACAÉ (RJ)

Nº	Unidades de Saúde	Endereços
1	ESF Aterrado do Imburo	Rua Principal s/nº - Aterrado do Imburo
2	ESF Frade	Rua Principal, s/n – Frade
3	ESF Sana/ Cabeceira do Sana	Rua Principal, s/n – Sana.
4	ESF Ajuda A	09 s/n – Ajuda de Baixo.
5	ESF Ajuda B	Avenida 06 s/n – Planalto da Ajuda
6	ESF Ajuda C	Rua 09, s/n – Ajuda de Cima.
7	ESF Aroeira	Rua dos Eucaliptos nº. 184 – Aroeira
8	ESF Barra/ Brasília A	Rua Caetano C. dos Reis S/n – Brasília
9	ESF Barra Brasília B	Rua Caetano C. dos Reis S/n – Brasília
10	ESF Botafogo	Rua Tenente Roberval, s/n – Botafogo
11	ESF Cajueiros	Rua Teixeira de Gouveia, nº. 1052 Cajueiros.
12	ESF Engenho da Praia	Av. Lagomar, nº. 122 – Engenho da Praia
13	ESF Fronteira A	Rua Francisco T. Filho, nº. 90 – Fronteira
14	ESF Fronteira B	Rua M, nº. 130 – Fronteira
15	ESF Lagomar A	Rua W 16, nº. 175 - Lagomar.
16	ESF Lagomar B	Rua W 16, nº. 175 – Lagomar.
17	ESF Malvinas A	Rua 11, nº. 274 – Malvinas
18	ESF Malvinas B	Rua Principal, nº 656 – Malvinas.
19	ESF Malvinas C	Rua 11, nº. 274 – Malvinas.
20	ESF Morro de São Jorge	Rua Abílio C. de Borges, nº 182 - Morro de São Jorge.
21	ESF Nova Esperança	Rua Medeiros esquina com Rua 09 – Nova Esperança
22	ESF Nova Holanda A	Rua Medeiros, nº. 656 - Nova Holanda
23	ESF Nova Holanda B	Rua Medeiros, nº. 656 – Nova Holanda.
24	ESF Virgem Santa	Rua Principal, s/n - Virgem Santa.

Fonte: LEONEZA, I. 2015.

ANEXO C – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP

**ANEXO D - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA SMS-MACAÉ (RJ) PARA
REALIZAÇÃO DA PESQUISA NOS CENÁRIOS**

ANEXO E – DESENHO DO MAPA DO MUNICÍPIO DE MACAÉ/RJ.

Do acervo pessoal da autora do estudo, o mapa de Macaé (RJ) foi anexado aqui para ilustração do leitor.

