

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**Avaliação da qualidade do processo de Atenção Primária à Saúde dos adultos
no município de Curitiba, 2013-2014.**

Aluna: Eliane Regina da Veiga Chomatas

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Co-orientadora: Prof.^a Dra. Simone Tetu Moysés

Porto Alegre, novembro de 2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



TESE DE DOUTORADO

**Avaliação da qualidade do processo de Atenção Primária à Saúde dos adultos
no município de Curitiba, 2013-2014.**

Aluna: ELIANE REGINA DA VEIGA CHOMATAS

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Co-Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Tetu Moysés

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto- Faculdade de Medicina-UFRJ

Prof. Dr. Wanderson Kleber de Oliveira- Secretaria de Vigilância em Saúde do
Ministério da Saúde

Prof. Dr. Álvaro Vigo- PPGEPI-UFRGS

Prof. Dr. Marcelo Rodrigo Gonçalves- PPGEPI-UFRGS

MENSAGEM

“Se queres conhecer o passado, examina o presente que é resultado; se queres conhecer o futuro, examina o presente que é a causa.”

Confúcio

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Edith e Adolfo (in memoriam), por todo afeto e por me transmitirem valores e ideais que guiam minha vida.

Ao Matheos, Jacqueline, Christoffer, Guilherme e Caroline, pela compreensão de dividir nossas horas de convívio com a construção do conhecimento e pelo carinho e incentivo em todos os momentos. Amor infinito.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pela realização do Doutorado.

À OPAS/OMS e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná pelo financiamento e concretização da pesquisa.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba por ser fonte de inspiração, de prática e de conhecimento, pelo apoio logístico e oferta de campo de pesquisa.

Aos alunos do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdade Evangélica do Paraná pela cooperação no trabalho de campo.

Aos amigos que contribuíram na minha carreira profissional e compartilharam ideias, conhecimento e experiências. Minha caminhada foi bem mais rica com vocês ao meu lado.

À amiga Ana Maria Cavalcanti por todas as contribuições com o banco de dados, revisão dos textos e incentivo.

À Lisiane Hauser pela dedicação em me ajudar com as análises estatísticas e por estar junto nas horas mais difíceis.

Aos meus orientadores e Prof. Dr. Erno Harzheim e Prof.^a Dra. Simone Tetu Moysés pelo incansável apoio, sugestões, revisões, reuniões e incentivo. Vocês me ensinaram o papel da academia na construção de um Sistema de Saúde de qualidade e universal.

SUMÁRIO

1.APRESENTAÇÃO.....	11
2.INTRODUÇÃO.....	12
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 A Saúde no Brasil.....	14
3.1.1) A História do período colonial até o Sistema Único de Saúde.....	14
3.1.2) O Sistema Público no Brasil – O SUS.....	20
3.1.3) O Sistema de Saúde Privado no Brasil.....	27
3.2 Atenção Primária à Saúde.....	29
3.2.1) A APS: a história.....	29
3.2.2) A APS: atributos e efetividade.....	33
3.2.3) A APS no Brasil.....	40
3.2.4) A APS em Curitiba.....	43
3.3 Avaliação da Atenção Primária.....	46
3.4 Primary Care Assesment Tool (PCATool).....	48
3.4.1) PCATool.....	48
3.4.2) PCATool-adulto-Brasil-versão reduzida.....	50
3.5) Atenção primária à saúde e determinantes sociais.....	51
3.6) APS e Condições Crônicas.....	53
4. OBJETIVOS.....	56
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
6. ARTIGO 1.....	68
7. ARTIGO 2.....	90
8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
9. ANEXOS.....	118

ABREVIATURAS E SIGLAS

Ações Integradas de Saúde	AIS
Agência Nacional de Saúde	ANS
Atenção Primária à Saúde	APS
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil	CASSI
Caixas de Aposentadoria e Pensão	CAPS's
<i>Child and Adolescent Health Policy Center</i>	CAHPC
Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais para a Saúde	CNDSS
Conferência Nacional de Saúde	CNS
Conselho Federal de Medicina	CFM
Conselho Nacional de Secretários de Saúde	CONASS
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	CONASEMS
Consolidação das Leis Trabalhistas	CLT
Constituição Federal	CF
Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira	CPMF
Desvinculação de Receitas da União	DRU
<i>Disability-Adjusted Life Year</i>	DALY
Doenças Crônicas Não Transmissíveis	DCNT
Estratégia de Saúde da Família	ESF
Fundação Nacional da Saúde	FUNASA
Fundo das Nações Unidas para a Infância	UNICEF
Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social	FAS
Instituto dos Bancários	IAPB
Instituto Nacional da Previdência Social	INPS
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social	INAMPS
Institutos de Aposentadorias e Pensões	IAPs
Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS	LIACC
Lei de Diretrizes Orçamentárias	LDO
Ministério da Saúde	MS
Orçamento da Seguridade Social	OSS
Organização das Nações Unidas	ONU
Organização Mundial da Saúde	OMS
Organização Pan-americana de Saúde	OPAS

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico	OCDE
Pesquisa Nacional da Amostra de Domicílios	PNAD
Piso de Atenção Básica	PAB
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	PUCPR
<i>Primary Care Assesment Tool</i>	PCATool
Produto Interno Bruto	PIB
Programa de Agentes Comunitários de Saúde	PACS
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família	PROESF
Programa de Saúde da Família	PSF
Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	PMAQ
Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde	RENASES
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais	RENAME
Serviço Especial de Saúde Pública	SESP
Sistema Único de Saúde	SUS
Superintendência de Campanhas da Saúde Pública	SUCAM
Teoria de Resposta ao Item	TRI
<i>The International Health Policy Sorves</i>	IHP
<i>UF Federal Maternal and Child Health Bureau</i>	MCHB
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	UFRGS

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e, para 140 milhões de pessoas, é o único provedor de assistência à saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora das redes de atenção no Sistema Único de Saúde no Brasil. A qualidade da APS pode ser medida pela presença e extensão de quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade dos serviços e coordenação do cuidado e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esta tese tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde dos adultos no município de Curitiba, comparando serviços públicos e privados, a qualidade do cuidado de condições crônicas relativas a esses serviços e a associação dos determinantes sociais com o grau de extensão da APS. Realizou-se estudo transversal de base populacional com uma amostra de 780 usuários acima de 18 anos, residentes em quatro Distritos Sanitários de Curitiba. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado com perguntas baseadas no VIGITEL e do PCATool- Adulto-Brasil-Versão Reduzida. A comparação dos serviços públicos e privados foi realizada por meio do Escore Geral da APS. Os resultados indicam que em Curitiba, na avaliação dos usuários a prevalência de Alto Escore da APS ($\geq 6,6$), é significativamente maior nos serviços privados (45%) em relação aos serviços públicos (20,4%). Demonstra-se, também, que a maior presença e extensão dos atributos está associada ao aumento da idade do usuário, à utilização de serviços privados e à presença de uma ou mais doenças crônicas. Na perspectiva dos usuários, o Escore Geral da APS para o serviço privado é, em média, 1,11 superior em relação ao escore para o serviço público, mantendo constante a doença crônica e a idade. Inequidades são evidenciadas entre aqueles com acesso a serviços públicos e privados. Aqueles com mais necessidades em saúde e em desvantagens sociais são prioritariamente atendidos pelos serviços públicos. Para avaliar a qualidade de cuidado das condições crônicas, foi construído um Escore de Cuidado com base nas respostas do questionário aplicado em usuários vinculados à serviços públicos e privados. Os resultados apontam que o Escore de Cuidado nos serviços privados foi significativamente maior que nos serviços públicos entre usuários que autorreferenciam Hipertensão Arterial (5,3 no público e 5,8 no privado, p-valor 0,005), Diabetes mellitus (5,00 no público e 6,0 no privado, p-valor $<0,001$) e naqueles que não autorreferenciam Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus ou Depressão (5,3 no público e 5,7 no privado, p-valor 0,006). No entanto, o valor médio dos escores obtidos, tanto no serviço público como no privado foi baixo, evidenciando a necessidade do aprimoramento do cuidado dos usuários com condições crônicas. Nosso estudo aponta que é imprescindível a expansão e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos serviços públicos no município de Curitiba, bem como a melhoria do cuidado das condições crônicas relativa à Atenção Primária tanto nos serviços privados quanto nos públicos.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços, Pesquisa de serviço de saúde, Equidade em Saúde, Condição Crônica.

ABSTRACT

The Brazil's Sistema Único de Saúde/Universal Health System (SUS) is one of the largest public health system in the world and for 140 million people is the only health care provider. Primary Health Care (PHC) is the organizer of care networks in the Brazilian Unified Health System. The quality of PHC can be measured by the presence and extension of four essential attributes: first contact, longitudinality, integrality of services and care coordination and three derived attributes: family orientation, community orientation and cultural competence. This thesis aims to evaluate the quality of Primary Health Care for adults in Curitiba, comparing public and private services, the quality of care of chronic conditions in these services and the association of social determinants with the extent of PHC. A population-based cross-sectional study was conducted with a sample of 780 users over 18 years old, living in four Sanitary Districts of Curitiba. Data were collected through a structured questionnaire with questions based on VIGITEL and PCATool- Adult-Brazil-Reduced Version. The comparison of public and private services was performed using the PHC General Score. The results indicate that in Curitiba, in the users' evaluation, the prevalence of PHC High Score (≥ 6.6) is significantly higher in private services (45%) than in public services (20,4%). The study also demonstrates that greater presence and extension of attributes is associated with increasing age of the user, the use of private services and the presence of one or more chronic diseases. From the users' perspective, the PHC General Score for the private service is on average 1.11 higher than the score for the public service, keeping chronic disease and age constant. Inequalities are evident among those with access to public and private services, and those with more health needs and social disadvantages are primarily addressed by public services. To assess the quality of care for chronic conditions, a Care Score was constructed from the questionnaire answers applied to users linked to public and private services. The results indicate that the Care Score in the private services was significantly higher than in the public services among users who self-reported hypertension (5.3 in the public and 5.8 in the private, p-value 0.005), Diabetes mellitus (5.00 in the public and 6,0 in the private, p-value <0.001) and in those who do not self-refer to Hypertension, Diabetes mellitus or Depression (5.3 in the public and 5.7 in the private, p-value 0.006). However, the average value of the scores obtained in both public and private services was low, evidencing the need for improved care of users with chronic conditions. Our study points out that it is essential to expand and strengthen Primary Health Care in public services in the city of Curitiba, as well as improving the care of chronic conditions in Primary Care in both private and public services.

Keywords: Primary Health Care, Service Evaluation, Health Service Research, Health Equity, Chronic Condition

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Avaliação da qualidade do processo de Atenção Primária à Saúde dos adultos no município de Curitiba, 2013-2014”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 21 de novembro de 2019. O trabalho é apresentado em três partes, consoante a seguinte ordem:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos;
2. Artigos;
3. Conclusões e Considerações. Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido referenciada pela literatura mundial como uma estratégia fundamental na busca do acesso e cobertura universal à saúde, além de contribuir para mitigação das desigualdades sociais.

O cuidado centrado nas pessoas e na comunidade, fundamentado nos atributos essenciais do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, bem como nos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, propostos por Bárbara Starfield (STARFIELD, 2002), qualificam a APS como base estruturante para a construção de sistemas de saúde que possam vir ao encontro das necessidades do século XXI.

A mudança do padrão epidemiológico, com a coexistência de tripla carga de doença, isto é, a manutenção da ocorrência de doenças infecciosas do século passado, associadas a infecções emergentes e reemergentes, a elevação dos agravos ligados a causas externas e, principalmente, o aumento das condições crônicas associada a mudanças importantes do perfil demográfico, com a proliferação de grandes adensamentos populacionais urbanos aumentando as condições de exclusão social, do perfil nutricional com o aumento da obesidade e do envelhecimento da população, impõem aos países a necessidade de implantar medidas inovadoras e mais efetivas nos sistemas de saúde.

Apesar dos avanços sociais e econômicos dos últimos anos nas Américas e, particularmente, no Brasil um dos países com maiores desigualdades sociais do mundo, é premente a necessidade de um novo olhar sobre o sistema de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, instituído em 1988 pela Constituição Federal (CF), tem conseguido muitos resultados positivos, sendo considerado por organizações internacionais, inclusive pela Organização Mundial da Saúde (OMS), um exemplo a ser estudado na busca do acesso e cobertura universal à saúde (OMS/OPS, 2014). Porém, a crise econômica global, aliada à insuficiência de financiamento sistemático da saúde no país, expõe as fragilidades do sistema de forma cotidiana.

A melhoria dos padrões econômicos e a política de distribuição de renda no Brasil, paradoxalmente, impulsionaram a expectativa de grande parte da população em tratar a saúde como um “bem de consumo” a ser buscado no mercado, por meio do uso exagerado de tecnologias de saúde, cada vez mais onerosas, que agregam pouco ou nenhum benefício à população. Os movimentos sociais, como associações de classes e sindicatos de trabalhadores,

que foram cruciais para a reforma sanitária brasileira e a conquista da incorporação da saúde na Constituição Federal, como um direito fundamental e do Sistema Único de Saúde com caráter público universal, se distanciaram de suas bandeiras históricas e passaram a reivindicar, nas suas plataformas de negociação, a incorporação de planos privados de saúde para seus filiados.

Curitiba, metrópole com quase dois milhões de habitantes, está inserida nesse cenário. O município, que construiu seu sistema público de saúde fundamentado na atenção primária, apresentou, em 2015, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), uma cobertura de APS pelo sistema público de 56,7%, sendo 44% da população assistida por 238 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Atualizando esses números para 2019 temos uma cobertura de APS de 48,4%, sendo 31,3% da população coberta por 174 equipes de ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Em 2015, 58,6% da população curitibana possuía plano de saúde, conforme dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) e em 2019 esse percentual era de 55,1%. No cenário nacional, no ano de 2015, a cobertura de APS no sistema público era de 69,99% e em 2019 de 55,1%. Em relação a cobertura da população beneficiária de plano de saúde no Brasil esses percentuais eram de 25,9% em 2015 e 24,3% em 2019 (ANS, 2020).

Com esse panorama, cada vez se torna mais importante, em nível mundial, nacional e local, o aprofundamento de processos de avaliação focados na qualidade da APS, e que possam direcionar gestores dos sistemas de saúde para o aperfeiçoamento de políticas que venham ao encontro das necessidades atuais da população.

Esta tese apresenta uma avaliação da qualidade da APS em Curitiba com usuários adultos que utilizam as Unidades Básicas de Saúde como serviço preferencial e usuários de outros tipos de serviços, por meio da aplicação do Primary Care Assesment Tool (PCATool) (OLIVEIRA et al., 2013) e da qualidade do cuidado das condições crônicas na APS.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A saúde no Brasil

3.1.1) A história do período colonial até o Sistema Único de Saúde

Em 1540 surgiu, em Portugal, a Companhia dos Jesuítas, fundada por Inácio de Loyola, que tinha como objetivo deter o avanço protestante na Europa. Dentre seus ideais estava o de levar saúde as pessoas, atuando no tratamento de doenças e epidemias, fundando hospitais, estudando as plantas curativas da região, mantendo eficientes boticas e enfermarias em seus colégios na Europa e nas suas colônias (CALAINHO, 2005). Seus integrantes são conhecidos como inacianos ou jesuítas.

Os representantes da Medicina-oficial eram muito limitados devido às normas impostas pelas bulas conciliares, que impediam o uso da anatomia e atribuíam a dor e a morte como vontade divina. Eles evitavam as colônias por medo das notícias de uma terra habitada por selvagens e repleta de animais ferozes. Então, acabavam substituídos por representantes da Medicina empírica e da Medicina-divina, compostos por judeus, árabes, padres, benzedeiros e parteiras, muitos perseguidos pela Inquisição portuguesa e que encontravam nas colônias um refúgio (CRUZ, [s.d.]; VIOTTI, 2017).

Em 1543, seguindo o modelo português, surgiram no Brasil as Santas Casas, sendo a primeira instalada em Santos, seguida de outras na Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda e São Paulo, e que tinham por finalidade atender os enfermos dos navios, dos portos e também dos moradores das cidades (BOTELHO, 2012; LEMOS, 1988).

O primeiro Governador-Geral do Brasil, Tomé de Souza, em 1549, trouxe alguns inacianos, liderados por Manuel da Nóbrega que, estrategista em catequese, organizou os aldeamentos para conversão dos indígenas ao cristianismo. Poucos jesuítas possuíam formação médica, a maioria atuava informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões. Aprenderam, também, a utilizar ervas e plantas curativas, inaugurando os primeiros registros da Farmacopéia brasileira (CALAINHO, 2005).

Em 1685 em Recife ocorreu a primeira epidemia de febre amarela no Brasil. O vírus teria sido trazido por uma embarcação proveniente da África, mas que fez escala em Santo Domingo, nas Antilhas onde a doença dizimava a população. Permaneceu com caráter esporádico por dez anos na região. A doença era considerada contagiosa e pestilencial. Nesta época imperava a teoria miasmática sendo estimuladas as práticas de controle e cerceamento

da liberdade dos indivíduos. Em 1686 a doença surge em Salvador. Em 1691, em Pernambuco, foi realizada a primeira campanha profilática no Novo Continente. Embora se utilizando de técnicas equivocadas, com ações direcionadas para o segregação dos doentes, purificação do ar, das casas, cemitérios, portos, limpeza das ruas e outras, alcançou o resultado esperado e lançou as bases do modelo das estratégias de vigilância e controle que se seguiriam (COSTA et al., 2011).

No ano de 1772, no reinado do vice-rei Dom Luís de Almeida Portugal, Marquês de Lavradio, foi fundada a primeira instituição voltada para as ciências naturais, a Academia científica também denominada de Sociedade de História Natural do Rio de Janeiro, Academia de Ciência e História Natural e Academia Fluminense Médica, Cirúrgica, Botânica e Farmacêutica. A Academia se extinguiu em 1779 (MIRANDA, 2017).

A saúde no Brasil colônia era caótica e não conseguia enfrentar a situação temerosa das febres tropicais, endemias e epidemias que assolavam a população. Essa condição somente se modificou com a chegada de D. João e sua corte imperial, em 1808, quando se tornou imperiosa a criação de uma assistência à saúde capaz de dar suporte aos recém-chegados de Portugal (POLIGNANO, 2004). Surgiu, então, a Escola de Cirurgia, na Bahia (considerada a primeira escola de medicina do Brasil, mais tarde denominada de Faculdade de Medicina da Bahia), a cátedra de anatomia do Hospital Militar no Rio de Janeiro (Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) e, em 1829, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, com a proposta de ser a guardiã da saúde pública (CRUZ, [s.d.]; NUNES, 2000).

Nessa época é criada a Provedoria de Saúde, que assume o controle das medidas de Higiene Pública. Ela é responsável por instituir a quarentena dos navios, dispor de saneamento para a cidade, controlar alimentos, pastagens, matadouros e açougues públicos. Surge, baseada na estratégia adotada na Alemanha por Johann Peter Franck (ALMEIDA FILHO, 1986), a Polícia Médica, com teorias e práticas para garantir a saúde das mães e das crianças, fazer a prevenção dos acidentes, o controle e prevenção das epidemias, orientar a organização de estatísticas, realizar educação sanitária para a população, organizar a profissão médica e combater o charlatanismo (GALVÃO, 2007).

Com a chegada da República, ao fim do século XIX, se impõe a lógica capitalista, na qual faz necessária a implantação de políticas públicas que garantam a força de trabalho, principalmente as relacionadas à produção do café. Com o fim do período escravagista e o aumento do movimento migratório ocorreu a introdução de agentes não comuns na população, surgindo as epidemias de febre amarela, cólera, tifo e escarlatina. A primeira, devido a sua grande virulência, causou temor aos imigrantes e impediu a expansão do comércio

internacional, se tornando elemento crucial para o desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil (GALVÃO, 2007).

Em setembro de 1849, irrompeu uma epidemia de febre amarela em Salvador, atribuída à chegada de um navio. A partir daí, a doença alastrou-se para diversas cidades portuárias, atingindo a capital do Império, Rio de Janeiro, em 1850, quando morreram 4.160 pessoas. Configurava-se um grave problema de saúde pública no país (COSTA et al., 2011).

Por conseguinte, o Presidente Rodrigues Alves percebeu que a luta sanitária era fundamental para o progresso econômico do país, nomeando Oswaldo Cruz como Diretor-Geral de Saúde Pública. Este se propôs a erradicar a febre amarela do Rio de Janeiro, num movimento conhecido como intervenção campanhista.

A febre amarela foi a primeira doença de notificação obrigatória no Brasil. A vigilância sanitária foi aplicada no sentido literal de fiscalização, mediante a organização dos serviços de saúde com a indicação de hospital de referência para o atendimento dos doentes, elaboração de boletins estatísticos e a supervisão das atividades realizadas casa a casa (COSTA et al., 2011).

Utilizando estratégias militares, com o uso da força e da autoridade no desenvolvimento das ações, por meio da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, Oswaldo Cruz tornou a vacinação contra varíola obrigatória no país, causando grande insatisfação popular, o que culminou na Revolta da Vacina (GALVÃO, 2007; NUNES, 2000; PAIM et al., 2011; POLIGNANO, 2004).

Nesse período a criação do Instituto Butantã, em São Paulo, e do Instituto Soroterápico Federal, atual Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, foram iniciativas marcantes para o desenvolvimento na saúde pública do país (FINCKELMAN, 2002).

Em 1905, Carlos Chagas foi convidado por Oswaldo Cruz para controlar a malária em Itatinga, São Paulo. Desenvolveu métodos de controle eficazes e foi então enviado para Lassance, no interior de Minas Gerais, com o objetivo de controlar esta mesma doença que atacava os trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil. Nesta cidade pesquisando o sangue de saguis verificou a presença de um protozoário. Em Pirapora é informado da presença de um inseto hematófago, conhecido como barbeiro e através de pesquisa percebe a presença do mesmo protozoário, dando o nome de *Tripanossoma cruzi* em homenagem à Oswaldo Cruz. Em 1909 examinando uma menina doente encontrou esse mesmo protozoário no seu sangue. Com o desenvolvimento de sua pesquisa ele abrangeu todos os aspectos da Doença de Chagas: descreveu o seu vetor, seu agente etiológico, passando por suas formas clínicas, patogenia e epidemiologia (VASCONCELOS et al., 2011).

Em 1919, Carlos Chagas assumiu o Departamento Nacional de Saúde Pública, em meio a uma crise sanitária provocada pela devastação da gripe espanhola. Ele investiu na qualificação de recursos humanos para a saúde, fomentando vários cursos e a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery em 1922.

Nesse mesmo período, a Fundação Rockefeller, uma entidade criada para implantar, em vários locais do mundo, medidas sanitárias baseadas no modelo americano, fez várias expedições na América Latina concluindo que a região não possuía base científica nas ações de saúde e havia falta de treinamento médico tanto para enfrentar as questões de saúde pública como também de especialistas para prestar assistência aos doentes. A Fundação estabelece, então, uma cooperação com o governo brasileiro para organizar o controle epidemiológico e erradicar a febre amarela do país.

A piora das condições de trabalho leva os trabalhadores a deflagrar duas greves gerais em 1917 e em 1919, resultando no aumento de conquistas trabalhistas. Em 1923 aprovou-se a Lei Eloy Chaves, marco inicial da Previdência Social no Brasil, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS's), organizadas por empresas e não por categorias profissionais, sendo seu conselho composto por empregadores e empregados. Essas CAP'S foram mantidas pelos trabalhadores das empresas (3% dos vencimentos), pelas empresas (1% da renda bruta) e pelos consumidores dos serviços destas. Além dos serviços de aposentadorias e pensões, eram responsáveis por prover serviços funerários e médicos (PAIM et al., 2011; POLIGNANO, 2004).

Com a instituição do Estado Novo, as CAPS's foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), onde os trabalhadores se organizam por categorias profissionais (marítimos, comerciários, bancários etc.) e não mais por empresas. Os IAPs eram responsáveis pela assistência médica e hospitalar, garantindo internação dos trabalhadores por até 30 dias.

Com o processo de industrialização, os IAPs passaram a ser importantes para o desenvolvimento econômico, concentrando grande efetivo de recursos com seu regime de capitalização, o que os torna importantes estruturas político-eleitorais. O assalariamento de grande parte da população leva à maior pressão por serviços, pressionando o crescimento do complexo médico-hospitalar e levando à contratação de serviços de terceiros (POLIGNANO, 2004)

Em 1930 criou-se o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde (MARTA; PINTO, 2003), com a desintegração e pulverização das ações do Departamento Nacional de Saúde Pública, que foram assumidas por diversos setores, como a fiscalização de produtos de origem

animal pelo Ministério da Agricultura, higiene e segurança do trabalho pelo Ministério do Trabalho.

Em 1937 foi criada e registrada a primeira vacina eficaz contra a febre amarela. A necessidade de controlar a doença acelerou as etapas do ensaio clínico e logo que foi constatada sua capacidade imunogênica ela foi testada em 100 voluntários da Fundação Rockefeller, em Nova York. Em março daquele ano, passou a ser fabricada no Instituto Oswaldo Cruz, hoje BioManguinhos e, nesse mesmo ano, foi usada pela primeira vez em larga escala no Município de Varginha, em Minas Gerais e foi um marco em termos de logística, registro, controle e técnicas de vacinação em grande escala (COSTA et al., 2011).

Em 1942 a Fundação Rockefeller se retirou do Brasil, mas deixou em funcionamento o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), atuando, prioritariamente, na Amazônia, combatendo a febre amarela e a malária. A SESP segue o modelo americano de organização vertical, com unidades sanitárias extremamente onerosas. No princípio esse custo foi assimilado pela Fundação e gradativamente acabou sendo repassado aos estados e municípios.

Com a queda do Estado Novo, estabeleceu-se uma crise na política nacional de saúde. Surgiu o Sanitarista Mário Magalhães da Silveira como grande liderança. No início dos anos 60, criou-se a Escola Nacionalista Desenvolvimentista. O movimento coloca em debate a questão administrativa entre a centralização ou descentralização da estrutura sanitária, questionando se não é preferível que os serviços se tornem municipalizados, administrados pelas comunidades locais (MARTA; PINTO 2003).

Em 1953, o Presidente Getúlio Vargas homologou a Lei Federal 1920, criando o Ministério da Saúde (POLIGNANO 2004; MARTA; PINTO 2003).

Em 1960 aprovou-se a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificou os IAPs em um regime único para todos os trabalhadores abrangidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o que excluía empregados domésticos, trabalhadores rurais e servidores públicos. Apesar da aprovação da lei, apenas em 1967, essa unificação consolidou-se pela criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (VARGAS, 2008).

Com o golpe militar em 1964, os movimentos comunitários e dos trabalhadores que reivindicam a municipalização da atenção à saúde, a instituição de distritos sanitários, a formação de conselhos populares de saúde e a universalização da atenção, foram, então, sufocados (MACHADO, LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

A medicina de grupo se estabeleceu no país, aquecendo o consumo de medicamentos e equipamentos estrangeiros.

Na década de 1970, o maior número de contribuintes e o pequeno número de aposentadorias e pensões fez com que grande volume de recursos fossem arrecadados, porém a rede de hospitais existentes oriundos dos IAPs não foi suficiente para atender a todos os contribuintes.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) do Brasil, limitando-se a uma pequena lista de doenças de notificação compulsória. Até este momento, as intervenções de Saúde Pública voltadas para o controle de doenças transmissíveis eram da responsabilidade de órgãos subordinados ao Governo Federal (Departamento Nacional de Endemias Rurais/ DNERU, Campanha Contra Varíola, Campanha Contra Tuberculose, Campanha contra Lepra, dentre outras) que desenvolviam suas atividades sob a forma de campanhas sanitárias. A partir daí parte as atribuições e responsabilidades da vigilância e controle destas doenças foram sendo repassadas para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na forma de Programas Especiais como o Programa Nacional de Imunizações, porém as endemias (esquistossomose, doença de Chagas, malária, tracoma, etc.) ficaram sob a responsabilidade da Superintendência de Campanhas (SUCAM) (TEIXEIRA et al., 2018).

O governo militar decidiu ampliar os locais de assistência repassando os recursos e subsidiando empréstimos com juros baixos por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) para a rede privada. Em 1978 criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com um modelo pautado na medicina curativa. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 500%, totalizando 348.255 em 1984. As medidas de prevenção e sanitárias foram raras nesse período, sendo a mais importante a criação da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) (INDRIUNAS, 2013).

O modelo econômico excludente e concentrador de riquezas do regime autoritário-militar da década de 70 refletiu, também, nos indicadores de saúde que apresentam altas taxas de mortalidade infantil, de desnutrição e alta incidência de tuberculose. A realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1975, e da 6ª CNS, em 1977, trouxe à tona a discussão da universalização da cobertura, da atenção primária, da hierarquização e da regionalização da assistência, e estes temas são incorporados na agenda política de oposição ao regime militar (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2007; MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

Nos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas Universidades, como Campinas, Niterói e Londrina, organizam-se grupos de estudo com propostas para mudanças nos serviços de saúde e na organização sanitária do país. Neles a discussão extrapola o saber médico e se aprofundam em olhares sobre as condições de saúde da população, sua interface

com as condições socioeconômicas mais gerais, ouvindo e mobilizando as comunidades (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2007).

É o tempo que ecoa no mundo as propostas da Conferência de Alma Ata, que ocorre em 1978 na Rússia, com o lema de “Saúde para todos no ano 2000” fundamentada no fortalecimento da atenção primária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978a).

É nesse contexto, que clama por mudanças na saúde e pela redemocratização do país, que o movimento sanitário vai se consolidando a partir da sociedade civil.

Em 1979 ocorreu a 7ª CNS, trazendo o Prev-Saúde, um plano que inclui a universalização da saúde e a articulação interministerial, mas que, por questões políticas e econômicas, não foi implantado.

Em 1983, surgiu o Plano CONASP, mais restrito que o anterior, teve como objetivo articular as ações de saúde por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS estimularam a criação das Comissões Interinstitucionais de Saúde, embriões dos Conselhos de Saúde, e constituíram a base para a posterior implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2007; MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006; POLIGNANO, 2004; VARGAS, 2008).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da saúde no país, que reuniu 4000 delegados, e, pela primeira vez, com legítimos representantes da população liderados pelo Movimento Sanitário. Nesse contexto foram aprovadas as principais recomendações da 8ªCNS, serviram de base para a Assembleia Nacional Constituinte formular o texto da Constituição Federal de 1988, relativo ao atual Sistema Único de Saúde (VARGAS, 2008).

3.1.2) O sistema público no Brasil – o SUS

O primeiro relato que se tem na história sobre a organização de um sistema de saúde data de 1920 e é conhecido como “Relatório Dawson”. Após a Primeira Guerra Mundial, o governo do Reino Unido propôs a formação de um Ministério da Reconstrução para rediscutir as ações de cada área de governo. Criou-se, então, o Ministério da Saúde em 1919, e este formou um Conselho Consultivo de Serviços Médicos e afins, presidido pelo Lorde Dawson of Penn (“Relatório Dawson”, 1920).

Esse conselho finalizou os trabalhos com um relatório que apontava várias conclusões e encaminhamentos e afirmava que somente se pode assegurar serviços médicos de forma

generalizada, caso fosse realizada uma nova e ampla organização, voltada às necessidades da população. Segundo o conselho, médicos generalistas deveriam realizar ações preventivas e curativas voltadas tanto para o indivíduo como para a comunidade. Essas ações não deveriam ser dissociadas. Argumenta, ainda, que essa organização deveria conter serviços domiciliares vinculados a centros de atenção primária, centros de atenção secundária com especialistas que, por sua vez, se vinculam com hospitais ligados a escolas de medicina (“RELATÓRIO DAWSON”, 1920).

O relatório Dawson serviu de base para a construção dos sistemas de saúde de vários países além do Reino Unido, como Portugal, Espanha e Itália. Alguns autores consideram a Reforma Sanitária Italiana, que tem no Relatório Dawson sua base, como de grande influência para a Reforma Sanitária Brasileira e no Sistema Único de Saúde (MELO, 2015).

A Constituição Federal promulgada em 1988 é conhecida como “Constituição Cidadã”. No Título II-Direitos e Garantias fundamentais, Capítulo II, dos Direitos Sociais, ela estabelece a saúde como um direito fundamental do cidadão brasileiro:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Esse fragmento constitucional modifica todo o olhar e abrangência da saúde no Brasil, que passa, então, a incluir como obrigação do Estado, esse direito aos seus cidadãos, não sendo mais exigida a contribuição pecuniária para acesso aos serviços de saúde; ou seja, metade da população brasileira que não tinha vínculo empregatício começou a usufruir do direito à saúde (SANTOS, 2013).

Além disso, a Constituição Federal de 88 institui, no seu artigo 198:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – Participação da comunidade. (BRASIL, 1988).

Fica, então, constituído assim o Sistema Único de Saúde, que, além do papel assistencial, se torna responsável por:

- I – Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
 - II – Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
 - III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
 - IV – Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
 - V – Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
 - VI – Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
 - VII – Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
 - VIII – Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.
- (BRASIL, 1988).

Atendendo a Constituição Federal, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, define os princípios do SUS como:

- I – Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
 - II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V – direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII – participação da comunidade;
 - IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 - XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos
- (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde foi regulamentada pelo Decreto 7508 em 28 de junho de 2011. Esse decreto ordena a organização do SUS, institui as Regiões de Saúde e suas portas de entrada para o Sistema. No planejamento, reitera seu caráter ascendente e formaliza a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a articulação interfederativa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Na área assistencial, em 2015, 74,1% da população brasileira não apresenta vínculo com nenhum sistema supletivo, isto é, depende do SUS, para acesso a qualquer serviço de saúde (ANS, 2015).

Os dados dos últimos 28 anos apontam que a saúde dos brasileiros melhorou e certamente, muitos desses resultados se atribuem ao SUS que, a partir da sua criação, cobre a maior parcela da população brasileira, amplia o acesso da mesma aos serviços de saúde, melhora a cobertura de pré-natal e de imunização (PAIM et al., 2011). De 1990 a 2007, ocorreu a redução de todas as principais causas de mortalidade materna: hipertensão (62,8%), hemorragias (58,4%), infecções puerperais (46,8%), aborto (79,5%) e doenças circulatórias complicadoras de gestação, parto e puerpério (50,7%)(ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2012) e a taxa de mortalidade infantil diminuiu de 47,1 para mil nascidos vivos em 1990 para 14,6 por mil nascidos vivos em 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Apesar desses resultados, o SUS que presenciamos até o momento ainda está bastante distanciado do SUS constitucional, não sendo capaz de garantir grande parte dos seus princípios legais na plenitude.

No que tange à universalidade do acesso e a equidade, a política de saúde idealizada pelo Movimento Sanitário não consegue ser integralmente acolhida pelo texto constitucional, e, além de um sistema público que pode ser complementado pelo setor privado, a Constituição Federal contempla a instituição de um sistema privado, refletindo a força desse segmento nos processos decisórios.

Essa segmentação ocorre por diversos fatores: a partir de 1960, acontece um grande avanço das instituições privadas onde os governos da transição democrática são extremamente conservadores e alinhados com o pensamento internacional que rediscute o papel do Estado naquele momento, focando os gastos públicos em políticas sociais voltadas apenas para as populações mais pobres.

Esse pensamento se soma à determinação das áreas financeiras pelos ajustes e contenções para conseguir a estabilização econômica. Além disso, o processo de sindicalização e a vinculação de grupos importantes de trabalhadores ao sistema privado dos planos de saúde, em conjunto com a força do mercado privado que se estabelece, gerando grandes lucros, oferece sustentação política para que a Assembleia Constituinte mantenha os dois sistemas (DOS SANTOS, 2007; MACINKO, J; DOURADO, I; GUANAIS, 2011; MENICUCCI, 2009, 2011).

Segundo dados do levantamento suplementar de saúde da Pesquisa Nacional da Amostra de Domicílios (PNAD) 2008, o centro de saúde é o serviço declarado como o mais procurado pela população (56,8%), seguido por consultórios particulares (19,2%), ambulatórios de

hospitais (12,2%) e outros serviços (11,8%). Entretanto, a pesquisa também aponta que a parcela da população que procura mais rotineiramente os centros de saúde possui renda mensal domiciliar *per capita* mais baixa (IBGE 2010), o que reforça a dificuldade do SUS em garantir o Princípio da Universalidade. Com isto temos uma diferenciação social do consumo de serviços de saúde, rompendo com o Princípio de Equidade; os mais pobres ficando polarizados entre o atendimento básico, muitas vezes pouco resolutivo e o pronto-atendimento, com muita dificuldade de acesso para situações mais complexas, principalmente as eletivas; enquanto os mais ricos acessam, com mais facilidade, serviços diferenciados e com maior complexidade tecnológica (SILVA, 2003).

Outro princípio que ainda representa um grande desafio para o SUS é o da integralidade. A fragilidade dos mecanismos de governança, relativa à abrangência do SUS e associada à dicotomia de uma rede de atenção primária essencialmente pública e serviços de média e alta complexidade, em grande parte sendo privados, resulta em um sistema fragmentado, com dificuldades de comunicação. Esse processo resulta em uma atenção voltada para a doença e não para as necessidades da população, o que gera custos elevados e prejuízos para os usuários (MENDES, 2011).

A integralidade do Sistema Único de Saúde começa a ser abordada de forma mais consistente, apenas, nos últimos anos, com a Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Ela foi formulada em conjunto pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) que conceitua e estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a) e por meio do Decreto 7508, que regulamenta a Lei 8080 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O financiamento do SUS se constitui em um dos maiores desafios a ser superado e se encontra diretamente relacionado a dificuldade da concretização dos demais princípios.

Em 1980, os gastos com a saúde eram financiados em 75% com recursos provenientes do governo federal, 17,8% dos estados e 7,2% dos municípios (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013).

A Constituição Federal de 1988 estruturou o orçamento do Estado brasileiro em três pilares: o Orçamento Fiscal, o Orçamento das Estatais e o Orçamento da Seguridade Social (OSS), este destinado às políticas sociais: previdência, saúde e assistência social. Constituído por contribuições previdenciárias e de recursos orçamentários, o OSS é destinado exclusivamente para certas áreas (receitas vinculadas) no âmbito federal, estadual e municipal. O artigo 55 do Ato das Disposições Transitórias, contido no da CF de 1988 prevê que 30% do

OSS, em nível federal, será destinado para a saúde até ser aprovada a primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), e que, posteriormente a cada ano, essa LDO definirá esses valores. Essa condição prevista constitucionalmente não se concretizou na prática (MENDES, 2013a, 2014; PAIM, 2013; PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013).

No ano seguinte, em relação à aprovação da Lei 8080, os recursos para a saúde já apresentavam queda de 20,95% (CONCEIÇÃO; CISLAGHI; TEIXEIRA, 2012).

Em 1993, as contribuições previdenciárias deixaram de ser repassadas para a saúde com a alegação de um grande déficit na previdência social.

Em 1996, foi criada a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), com a finalidade de recompor o OSS e legalmente seus recursos ficam destinados ao setor saúde. Essa contribuição permanece até 2007. Em média, de 2002 a 2007, o recurso da CPMF contribuiu com 30% dos recursos federais para a saúde. A criação da CPMF não trouxe aumento dos recursos para o setor, uma vez que o governo federal diminuiu a participação de outras fontes para a saúde (MENDES, 2014).

O governo federal instituiu, também, o chamado Fundo de Emergência, posteriormente denominado de Fundo de Estabilização Fiscal e, a partir de 2000, de Desvinculação de Receitas da União (DRU), estabelecendo que 20% da arrecadação das contribuições sociais pode ser desvinculada de sua finalidade, estando disponível para outras destinações determinadas pelo governo federal (MENDES, 2014).

Somente após 10 anos da aprovação da Lei Ordinária da Saúde, se determina o aporte anual mínimo de cada esfera de governo, por meio da Emenda Constitucional 29 de 2000. De uma forma gradativa, ela prevê a aplicação dos Estados e Distrito Federal de 12% da receita vinculada e de 15% para os municípios. A União deve destinar, em 2000, o montante empenhado em 1999 acrescido de 5%. Nos anos posteriores, o valor aplicado corresponde ao valor do ano anterior, somado à variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Até a aprovação da Emenda Constitucional 29, em 2000 a união contribuiu com 60% dos recursos da saúde, os estados com 18,5% e os municípios com 21,7%. Em 2011, esse panorama já se tornou diferente, com a diminuição dos valores da participação da união para 45%, o acréscimo dos valores dos estados que passou para 25,7% e, principalmente, dos municípios que contribuem com 29,6% (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013).

Em 2011, a Emenda Constitucional foi regulamentada por meio da Lei Complementar 141, que estabelece, de forma mais clara, em que ações e serviços os recursos da saúde podem ser alocados. No entanto, a Lei manteve o cálculo anterior da participação da União, sendo rejeitada a introdução do percentual de 10% sobre a Receita Corrente Bruta conforme

defendiam as entidades associadas à luta por uma saúde universal e pelo Movimento Saúde+10 (MENDES, 2013).

A centralização da arrecadação tributária pela união e a diminuição progressiva da sua participação no financiamento da saúde, somadas ao aumento do custo do setor — principalmente pela necessidade de incorporação de novas tecnologias e pela descentralização dos serviços, acarretam sobrecarga para os municípios, que passam a investir valores significativos do seu orçamento próprio na área da saúde.

No Brasil, o gasto público para a manutenção de um sistema de saúde universal e integral segue o caminho inverso de muitos países que também estenderam a cobertura da saúde para todos os cidadãos.

Em 2012 o percentual dos recursos totais destinados ao setor saúde em relação ao Produto Interno Bruto, foi de 9,5% e se aproxima do gasto de países com sistema universais como Reino Unido (9,3%), Espanha (9,3%), Cuba (8,6%), Costa Rica (10,1%) Canadá (10,9%). A grande diferença é que nesses países o percentual destinado ao sistema público é acima de 70%, chegando a 94,2% em Cuba, enquanto no Brasil, em 2012, foi de 47,5%, sendo mais de 50% dos gastos no setor privado (WHO, 2015a).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) no documento “*Estrategia para el acceso a la salud y la cobertura universal de salud*” em 2014 considera que:

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. La cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación son suficientes para cubrir a toda la población. La cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios (OMS/OPS, 2014).

E, por meio da Resolução CD53.R14, recomenda aos países membros que:

avancen hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos; el reemplazo de dicho pago directo como mecanismo de financiamiento debe planificarse y lograrse progresivamente, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales, a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia del sistema de salud (COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, 2014).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera que o Sistema Único de Saúde do Brasil é uma referência internacional na área de saúde pública, sendo um dos poucos países fora da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a prever na sua legislação uma cobertura universal e a saúde como um direito (OMS, 2014). Porém, como detalhado acima, ainda são muitos os desafios para concretizar as normativas constitucionais em um SUS pleno e que garanta o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros.

3.1.3) O sistema privado no Brasil- Planos e Seguros Privados de Saúde

O sistema de saúde brasileiro foi se configurando como um sistema pluralista, isto é, com quatro vias de acesso da população aos serviços de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores, composto por 1.173 operadoras, das quais 330 com planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2018), o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; e o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (PIOLA; SERVO; SÁ; PAIVA, 2013).

A partir da década de 40, ocorreu o grande crescimento do setor privado, principalmente prestadores de serviço vinculados às empresas estatais e grandes multinacionais, de forma a complementar os serviços de saúde pública, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e a Assistência Patronal (atualmente GEAP), restrita aos servidores das instituições previdenciárias. A CASSI surgiu como reivindicação dos servidores do Banco do Brasil que trabalhavam no interior, onde não existiam estruturas do IAPB – Instituto dos Bancários. Com a unificação dos IAPs e criação do INPS, não é possível manter a qualidade do IAPB, levando a uma grande adesão dos servidores do banco ao CASSI (MENICUCCI, 2011).

Na década de 60, a assistência privada, no âmbito das empresas, é incentivada por meio de um subsídio governamental para o custeio dessa assistência, que até então era financiada

pelas próprias empresas. O convênio-empresa foi o incentivo dado pelo governo para diferenciar os padrões de assistência à saúde e contribuiu para o crescimento e consolidação do sistema supletivo de saúde, reforçando a diferenciação do atendimento (MENICUCCI, 2011).

A qualidade insatisfatória dos serviços públicos, o desenvolvimento de estratégias agressivas para captação de clientela, ausência de suporte político do modelo público e apoio efetivo dos setores organizados dos trabalhadores, que passa a incorporar a assistência supletiva dentro de suas reivindicações (MENICUCCI, 2011), estimularam o aumento do número de pessoas vinculadas à planos e seguros saúde no país.

As cooperativas médicas surgiram nos anos 60 em oposição à medicina de grupo, num movimento da categoria médica de criar alternativas ao trabalho vinculado aos planos e seguros saúde, considerados pela corporação como aviltantes. No início, a captação ocorreu com planos individuais, entretanto, após os anos 80, começaram as disputas por clientela com os planos e seguro-saúde por meio de planos empresariais (MENICUCCI, 2011).

Com a crise previdenciária dos anos 80, o governo restringiu os subsídios. Em 1986, congelou os valores pagos por meio dos convênios, que perdem, gradativamente, seu valor devido às altas taxas inflacionárias, desestimulando a sua manutenção e levando os planos, seguros e cooperativas a serem custeados, apenas, por empresas e trabalhadores.

Outros instrumentos legais são instituídos, como incentivo estatal indireto para que as empresas mantenham os planos de saúde para seus trabalhadores. Inicialmente, ocorre o repasse dos gastos com saúde para o preço dos produtos, computando como despesas operacionais e, portanto, deduzidas da renda bruta para efeitos dos cálculos de tributação do Imposto de Renda, uma sinalização do governo no apoio a constituição de uma assistência médico-hospitalar de cunho privado (MENICUCCI, 2011).

Em seguida, nesse mesmo período, por pressão da Federação Brasileira dos Hospitais e da Associação Médica Brasileira por maiores recursos, o governo autoriza a complementariedade para os usuários do sistema público que optassem por acomodações especiais, superiores as autorizadas pela Previdência Social. Com isto, os hospitais privados começaram a canalizar o maior número de usuários do sistema público para esse tipo de acomodação e a dificultar a internação em enfermarias, piorando o atendimento pelo setor público (MENICUCCI, 2011).

A ausência de regulamentação pelo governo permitiu ao setor a autorregulação. Ao final dos anos 80, ocorreu uma tendência de afastamento dos hospitais privados que detém maior tecnologia do credenciamento do sistema público, exceto para procedimentos mais rentáveis e que não são cobertos pelo sistema supletivo. O governo passou a incentivar a assistência privada

de pessoas físicas ao permitir deduções dos gastos com o sistema supletivo do Imposto de Renda (MENICUCCI, 2011).

Em 2010, os valores da renúncia fiscal pelas deduções, isenções e desonerações na área da saúde ultrapassaram os 16,1 bilhões. Somente as deduções do Imposto de Renda, nesse mesmo ano, entre pessoas físicas e jurídicas, corresponderam a 2, 6 e 7,8 bilhões, respectivamente, totalizando 10,4 bilhões. Esses valores foram superiores ao gasto pelo Ministério da Saúde em 2010 para custear todo o Piso de Atenção Básica Variável, que financiou a Estratégia de Saúde da Família(ESF) (5,9 bilhões) somados ao Piso Fixo da Atenção Básica (3,7 bilhões)(PIOLA, S F; SERVO, L M S; SÁ, E B; PAIVA, 2013), ações fundamentais para a universalização do acesso à população.

A cobertura da população, vinculada à operados de planos e seguros saúde, aumenta, progressivamente, no Brasil, passando de 19% em 2005 para 25,9% em 2015 na área médico-hospitalar e de 3,3% para 10,7% na área odontológica no mesmo período (ANS, 2018). Em 2019 temos 24,3% de cobertura na área médico-hospitalar e 13,3% na odontológica(ANS, 2020).

3.2) A atenção primária à saúde

3.2.1) A APS: a história

O primeiro relato de cuidados primários em saúde vem da Inglaterra com as visitadoras sanitárias em 1854. Eram mulheres leigas da comunidade, pagas pelo Estado, treinadas pela Sociedade de Epidemiologia para educar famílias carentes. O bom resultado obtido com esse trabalho levou os chefes dos distritos sanitários a incrementá-lo com profissionais de educação superior como médicas, enfermeiras e parteiras diplomadas. Essa experiência difundiu-se para os Estados Unidos e outros países da Europa (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Em 1920, também na Inglaterra, o Conselho Consultivo dos Serviços Médicos e Afins, presidido pelo Lorde Dawson of Penn, criado pelo Ministério da Saúde, emitiu o seu relatório com as propostas de reorganização do sistema de serviços de saúde. Esse sistema compreendia serviços domiciliares, centros primários de saúde, centros secundários e serviços complementares como laboratórios, hospitais com ensino médico e hospitais particulares. Os serviços domiciliares são executados por médicos, odontólogos, enfermeiras, enfermeiras visitadoras, parteiras e farmacêuticos. O médico deve ser generalista e atender no domicílio dos pacientes, no seu consultório e também no centro de saúde primário, mas sempre em lugar de

fácil acesso do paciente. Ele deve orientar como prevenir as enfermidades e melhorar as condições de vida dos seus pacientes. O relatório apontava, ainda, que os centros primários de saúde deveriam existir tanto nas áreas rurais como nas cidades, porque são parte essencial de um eficaz serviço de medicina (“Relatório Dawson”, 1920).

Esse relatório constituiu a base para a organização de vários sistemas no mundo além do Reino Unido, todos orientados por uma forte atenção primária.

No início dos anos 30, na China, John Grant, membro da Union Medical College de Pequim, juntamente a Stampar, consultores da Organização de Saúde da Sociedade das Nações, trabalham em conjunto com o governo chinês para melhorar a saúde na região rural e as escolas de medicina. Gun, vice-presidente da Fundação Rockefeller, também se une a Grant para realizar um processo de reconstrução de vilas rurais, entendendo que é necessário o desenvolvimento de ações na área da economia, agricultura, educação e sociologia em conjunto com a saúde para que se tenha êxito. Gun escreve a introdução da conferência da Organização de Saúde da Sociedade das Nações sobre saúde e higiene rural, que ocorre em Bandoeng, na Indonésia, em 1937 e que é reconhecida como um marco da saúde pública. John Grant é considerado por Henry Perry como o “Pai da Atenção Primária” (DUARTE, 2014; MELLO; VIANA, 2011; PERRY, [s.d.]; WHO, 2015b).

Ao final da década de 1960 e início de 1970, o conceito de cuidado primário à saúde emergiu. As críticas sobre os programas verticais desenvolvidos pelas agências americanas e OMS, como o da malária no final da década de 50, desencadearam a formulação de novas propostas, como a de John Bryant no livro “Health and the Developing World”. Na obra, o autor questiona a implantação de sistemas baseados em cuidados hospitalares e com lacunas na saúde preventiva em países em desenvolvimento. Bryant pontua que “Um grande número de pessoas no mundo, talvez mais da metade, não tem acesso à cuidados de saúde, e para o restante, o cuidado que recebem não responde aos problemas de saúde que eles têm” (BRYANT, 1969).

Na mesma linha, Carl Taylor, fundador e presidente do Departamento de Saúde Internacional da Universidade de John Hopkins, editou um livro que aponta a Medicina Rural Indiana como um modelo para os países pobres. Outra experiência importante foi a dos missionários cristãos que trabalham em países em desenvolvimento, treinando trabalhadores rurais, usando medicamentos básicos e métodos simplificados. Em 1970 criou-se o jornal “Contact” em que, provavelmente, o termo “Atenção Primária à Saúde” foi utilizado pela primeira vez. A experiência dos médicos descalços chineses se tornou mais visível, quando a China entrou para a Organização das Nações Unidas. Em 1972 ocorreu a criação do Divisão de Fortalecimento de Serviços de Saúde na OMS. Em 1973, Halfdan T. Mahler, dinamarquês,

assumiu como Diretor-Geral da OMS e emitiu o relatório “Estudo organizacional sobre métodos de promoção do desenvolvimento de serviços básicos de saúde”, que reaproxima a OMS do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Em 1975, a OMS, em conjunto com a UNICEF, emitiu relatório intitulado “Abordagens alternativas para necessidades de saúde de países em desenvolvimento”, em que experiências exitosas de diversos países em atenção primária foram demonstradas, como: Bangladesh, China, Cuba, Índia, Nigéria, Tanzânia, Venezuela e Iugoslávia. A 28ª Assembleia da OMS, em 1975, declarou que é matéria prioritária a necessidade da construção de programas nacionais de atenção primária. (CUETO, 2004).

O grande marco para a saúde pública foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, ocorrida em Alma Ata, capital da República Soviética de Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978. Na abertura da conferência, Mahler provoca os delegados com 8 questões, sendo duas mais instigantes:

Vocês estão prontos para introduzir mudanças radicais no sistema de saúde para que o mesmo seja baseado e tenha a atenção primária como prioridade?

Vocês estão prontos para lutar uma batalha política e técnica para superar obstáculos sociais, econômicos e resistências profissionais para introduzir um cuidado primário à saúde universal?

O documento principal da conferência, a ” Declaração de Alma Ata”, foi aprovado por unanimidade e apresenta um slogan com uma visão prospectiva de “Saúde para Todos no Ano 2000”. Três ideias-chaves norteiam o documento: tecnologia adequada, oposição à medicina elitista e o conceito de saúde como uma ferramenta para o desenvolvimento socioeconômico. O primeiro item faz referência crítica à tecnologia orientada para a doença e a criação de hospitais em áreas urbanas de países em desenvolvimento. O segundo enaltece a necessidade de se trabalhar com recursos da comunidade em detrimento a uma medicina superespecializada, enquanto o último item coloca a saúde como parte do processo de melhoria da vida das pessoas. Alma Ata define cuidados primários como:

os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (WHO, 1978b).

A 32ª Assembleia da OMS, em 1979, em Genebra, endossou a Declaração de Alma Ata, aprovando uma resolução que coloca a atenção primária à saúde como elemento-chave para se atingir um nível aceitável de saúde para todos (CUETO, 2004).

Apesar da aprovação por consenso, muitos países que passavam por restrições financeiras, nos anos 80, criticam a Declaração de Alma Ata, argumentando que esta é irreal e muito abrangente, uma vez que “Saúde para Todos em 2000” não é factível.

A Fundação Rockefeller, em 1979, realizou uma pequena conferência em Bellagio na Itália, baseada no trabalho denominado “Cuidado Primário Seletivo de Saúde e Estratégias para Controle de Doenças em Países em Desenvolvimento”, de Julia Walsh and Kenneth S. Warren. Eles propõem um pacote de intervenções com tecnologias de baixo custo, focado nas principais doenças, para ser implantado em países pobres. Esse pacote consiste em quatro intervenções: monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, imunização e aleitamento materno. Ele é, então, adotado pela UNICEF, que o torna popular, sendo expandido para diversos países. Com exceção da imunização, que conseguiu muitos avanços, seus outros pilares não produziram resultados significativos. A busca da visão holística da atenção primária à saúde, trazida por Alma Ata, defendida por Mahler reeleito diretor da OMS, e por muitos trabalhadores de saúde, continuou a ser perseguida (CUETO, 2004; WHO, 2015b). Muitos países revisitaram a declaração de Alma Ata para reorganizar sua atenção primária.

Em 2003 a OPAS/OMS aprovou a Resolução CD 44.R6, que estimula seus Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS, ao mesmo tempo que cria um grupo de trabalho sobre APS para analisar e difundir boas práticas e guiar a organização quanto a futuras orientações estratégicas e programáticas (OPAS e OMS, 2007).

Em 2008, a OMS, ao celebrar o seu 60º aniversário e 30 anos da Declaração de Alma Ata, emitiu o Relatório Mundial de Saúde 2008 “Agora mais do que nunca”, em que apresenta quatro conjuntos de reforma que refletem a convergência de valores dos cuidados primários em saúde, a expectativas das pessoas e os desafios de desempenho, que são: reformas da cobertura universal, reformas da prestação dos serviços de saúde, reformas das políticas públicas e reforma da liderança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2008).

Em outubro de 2018, os participantes da Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Astana, Cazaquistão elaboraram a Declaração de Astana em que reafirmam os compromissos da Declaração de Alma-Ata (WHO, 2018).

3.2.2) A APS: atributos e efetividade

No documento de posicionamento da OPAS/OMS intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, os autores reconhecem que as próprias definições de atenção primária pós-Alma Ata, muitas vezes, são vagas, levando a interpretações diversas, o que faz com que a APS implantada em alguns países se afaste dos valores idealizados por seus defensores iniciais (OPAS e OMS, 2007).

Abordagens da Atenção Primária em Saúde

Abordagem	Definição ou conceito de Atenção Primária em Saúde	Ênfase
APS Seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento ²⁰ . Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, terapia de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades de serviços de saúde voltados à população pobre
Atenção Primária	Refere-se à porta de entrada do sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo ²⁶ . Trata-se da concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde
“APS abrangente de Alma Ata”	A Declaração de Alma Ata define a APS como “atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter...	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção

	Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país... e do desenvolvimento social e econômico da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade... trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde”.	em saúde e para a sociedade promover a saúde
Enfoque em Saúde e Direitos Humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação”, se pretendem alcançar melhoras de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde

Fonte: Renovando a Atenção Primária em Saúde nas Américas.

Em 1978, o Institute of Medicine sugeriu que a atenção primária deve ser caracterizada por cinco atributos: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e responsabilidade (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1978). O termo atributo é definido como a característica qualitativa de um item item(PORTA, 2014).

Como o Instituto reconhece que o atributo responsabilidade pode estar presente também na atenção secundária, apesar de ser essencial na APS (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 1978), Barbara Starfield propõe o uso de quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (STARFIELD; XU, 2001). Barbara Starfield argumenta que tanto o potencial como o alcance dos aspectos principais da atenção primária à saúde podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Para isto, estabelece que quatro elementos estruturais: acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade, e dois de processo: utilização dos serviços pela população e reconhecimento das necessidades da saúde da população pelos profissionais, definem o potencial da atenção

primária. É necessário que, pelo menos, um elemento estrutural e um elemento de processo estejam presentes para que se possa medir o potencial e o alcance de cada um dos atributos da APS (ALMEIDA; MACINKO, 2006; DUARTE, 2014; STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais são assim definidos, segundo o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool_Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b):

- **Atenção ao primeiro contato com o serviço de saúde:** acessibilidade e utilização do serviço como fonte do cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências.
- **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 os usuários e os 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 ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitalares, 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 desse cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços.

E os atributos derivados:

- **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 por meio 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.

Um serviço de atenção primária pode ser considerado provedor para uma comunidade quando os quatro atributos essenciais estão presentes e possuem maior interação com os indivíduos e com a comunidade, se os outros três derivados estão ativos.

Quando o serviço é fortemente orientado para a presença desses atributos, ele é capaz de prover atenção integral no aspecto biopsicossocial, a sua população adscrita. Dessa forma, a verificação da presença e magnitude desses atributos pode servir para avaliar serviços e sistemas orientados pela APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

Macinko e Almeida, em um estudo para o MS/OPAS com a finalidade de criar uma metodologia rápida de avaliação para APS, modificam os atributos propostos por Starfield e apontam como atributos essenciais da APS para serem medidos: acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

O primeiro contato está relacionado a um lugar ou provedor específico de atenção à saúde, para cada vez que um novo problema surge. Essa fonte deve ser acessível para a população e contar com um médico de família/generalista.

Apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, os termos acesso e acessibilidade tem sido diferenciado por muitos autores. Starfield apresenta acessibilidade como um aspecto da estrutura de um sistema ou de uma unidade de saúde, sendo um requisito necessário para que aconteça o primeiro contato. Não está presente, apenas, na atenção primária, já que todos os serviços devem ser acessíveis, mas na atenção primária ele é fundamental pois representa a porta de entrada, enquanto acesso é a forma como o indivíduo experimenta, utiliza o serviço de saúde (STARFIELD, 2002).

Donabedian distingue, na acessibilidade, dois espaços: um com características socio-organizacional e outro correspondendo ao geográfico. O primeiro está relacionado a características de recursos que facilitam ou dificultam com que o usuário chegue ao atendimento. Nisto se incluem a necessidade de pagamento, aspectos burocráticos, e, também,

barreiras por preconceitos sociais, de renda, gênero, raça e idade entre outros. Já o segundo, relacionado ao aspecto geográfico, diz respeito à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços (DONABEDIAN, 1973).

Penchansky e Thomas também reconhecem o uso impreciso da terminologia acesso e propõem cinco dimensões para melhorar o uso da terminologia: disponibilidade, definida como a relação entre o volume e tipo de serviço existente e o volume e tipo de serviço que o usuário necessita; acessibilidade, apontada como a relação entre a localização do serviço e a localização do usuário, considerando a distância, custo e tempo do deslocamento; comodidade, compreendida pela relação em como os serviços estão organizados para receber os clientes, como horário de funcionamento, serviços telefônicos disponíveis, serviços domiciliares etc. com o fornecimento do serviço, possibilidade de pagamento percebido como a relação entre os valores requeridos pelos serviços e a renda do usuário; e aceitabilidade, enquanto uma relação entre a reação do cliente sobre as características do profissional ou serviço e também a reação do usuário com atitudes do profissional frente as suas características como renda, gênero, idade, raça etc.(PENCHANSKY, R; THOMAS, 1981).

Travassos e Martins fazem uma revisão sobre esses conceitos de acesso e utilização dos serviços e concluem que, apesar das discordâncias na terminologia, existem algumas linhas de concordância entre os autores, descrevendo acessibilidade como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja ela num conceito mais geral ou relacionada com características geográficas. Enquanto acesso, mais como a porta de entrada inicial dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Longitudinalidade (que alguns autores denominam de continuidade), segundo Starfield, é derivada de longitudinal, definida como “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos” sendo traduzida no âmbito da atenção primária pelo reconhecimento pelo usuário de uma fonte de atenção como “sua”. Essa fonte tem por característica ser habitual e centrada no cuidado da pessoa e não da doença, do mesmo modo que o serviço ou o profissional reconhecem o usuário como “seu”, configurando, de acordo com o Relatório do Instituto de Medicina, uma “parceria sustentada”. Longitudinalidade é considerado um atributo-chave para a qualidade da APS (STARFIELD, 2002).

Cunha e Giovanella também consideram o termo longitudinalidade merecedor de aprofundamento, mesmo porque ele não é usual entre os autores brasileiros. As autoras, em seu artigo de revisão, apontam três elementos como imprescindíveis na composição desse atributo: a existência de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre pacientes e profissionais de saúde da equipe local e a

continuidade informacional considerados a base da longitudinalidade e correspondentes ao acúmulo de conhecimento e informações da equipe sobre o paciente (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Starfield afirma que o que interfere nos níveis de saúde de um país não é sua riqueza ou o número de profissionais de saúde existentes, e sim as características principais da sua atenção primária à saúde: um financiamento de saúde universal sob regulação governamental, a intenção de distribuir equitativamente os recursos, a integralidade dos serviços e a baixa ou nula coparticipação da população no pagamento dos serviços. Esses fatores combinados produzem uma melhor atenção primária (STARFIELD, 2012).

Dados da literatura internacional apontam que uma APS forte tem um grande impacto na saúde da população, com um aumento do acesso aos serviços necessários, aumento da qualidade do cuidado, maior ênfase na promoção à saúde e cuidados preventivos, manejo precoce de doenças e redução de intervenções desnecessárias ou até mesmo prejudiciais (SHI; GUANAIS, 2012a; STARFIELD; SHI, 2002).

Para responder à questão se a APS era efetiva, Macinko, Starfield e Shi realizaram uma revisão sistêmica com artigos publicados entre 1985 e 2005. Os resultados sugerem que o aumento de um médico de APS para cada 10.000 habitantes está associado à redução em média de 5,3% na mortalidade geral, ou seja, de 49 por 100.000 por ano (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2007). Esses mesmos autores, avaliando dados dos 50 estados americanos em um estudo ecológico nesse mesmo período, reforçam esses achados, demonstrando que o aumento de 1 médico de APS para cada 10.000 habitantes está associado à redução de 2,5% da mortalidade infantil e 3,2% de recém natos com baixo peso ao nascer (SHI et al., 2004). Outros estudos, nos Estados Unidos, assim como em outros países, demonstram a associação do aumento do número de médicos de APS e melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mortalidade por doenças cardíacas (STARFIELD, 1994; STARFIELD et al., 2005)

Estudos no Tibet, na China, também demonstram associação entre alta qualidade da APS com melhor autoavaliação do estado de saúde pela população (WANG et al., 2015a). Kringos et. al., analisando dados de 31 países europeus no período 2009-2010, encontraram associação entre forte atenção primária à saúde com altos níveis de gastos com saúde, mas com diminuição do crescimento desses gastos, menores taxas de hospitalizações evitáveis, melhores desfechos de saúde e menores desigualdades socioeconômicas (KRINGOS et al., 2013).

Em um estudo transversal, com dados secundários coletados da pesquisa realizada em 2013 pelo “The International Health Policy Survey” (IHP), Macinko e Guanais analisaram

experiências de 20.045 adultos usuários que utilizam serviços de APS em 11 países (Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos). Os que tiveram experiências com APS fraca foram significativamente mais propensos a relatar: coparticipação para pagamento, utilização de serviços de emergência nos últimos 2 anos, consultas com mais de três médicos no último ano, menor acesso à medidas de pressão arterial ou exame de colesterol como rastreamento e vacinação contra a gripe e a relatar episódios mais elevados de erro médico (MACINKO; GUANAIS, 2015).

Estudos realizados no Brasil também demonstram a efetividade da Atenção Primária à Saúde.

Macinko e colaboradores analisam dados de cobertura de ESF e taxa de mortalidade infantil dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, no período de 1990 a 2002. Os estudos sugerem que a cobertura de ESF está associada à diminuição da taxa de mortalidade infantil. O aumento de 10% de cobertura reduz em média 4,6% de taxa de mortalidade infantil, mesmo quando controlado por outros fatores. (MACINKO et al., 2006).

Rocha e Soares, estudando a efetividade da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em municípios da região norte e nordeste do Brasil, também encontram uma associação significativa da implementação da ESF e redução da mortalidade infantil. Os municípios com 8 anos de adesão a ESF apresentam uma redução estimada adicional de 5,4 por mil nascidos vivos quando comparados com municípios que não são cobertos por ESF. Em regiões mais pobres, os resultados demonstram também que a exposição a ESF está associada ao aumento de trabalho de adultos, aumento de matrículas escolares e redução da fertilidade (ROCHA; SOARES, 2010).

Macinko e colaboradores, analisando mais de 60 milhões de internações ocorridas entre 1999 e 2007, encontraram resultados que sugerem uma associação entre a redução do número de internações por doenças crônicas e a expansão de ESF no Brasil. Os municípios com maior cadastramento de pessoas na ESF apresentam taxa de internação hospitalar em média 13% menores quando comparados com os que possuem baixo cadastramento, depois de outros fatores terem sido controlados (MACINKO et al., 2010).

Guanais analisou o efeito da ampliação da APS e da implantação dos programas de transferências de renda sobre a mortalidade infantil no Brasil entre 1998 e 2010, demonstrando a associação da redução da mortalidade infantil pós-natal, com a ampliação dos serviços de atenção primária no país. O autor também acrescenta que o Programa Bolsa Família tem ajudado as famílias de baixa renda a superarem barreiras importantes do acesso aos serviços de APS (GUANAIS, 2015).

Em 2014, o Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas emitiu a Resolução CD53.R14, que recomenda aos países das Américas que desenvolvam modelos de atenção centrados nas necessidades das pessoas e das comunidades, aumentando a capacidade resolutiva do primeiro nível de atenção mediante redes integradas de serviços de saúde. Concomitantemente, o Comitê reconhece que o acesso universal da saúde e a cobertura universal da saúde se enquadram nos valores e princípios da atenção primária à saúde e no espírito de Alma Ata (COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS, 2014).

3.2.3) A APS no Brasil

Em 1916, surgiu no Brasil os primeiros estabelecimentos voltados para a saúde pública. Eram os Postos de Saneamento e Profilaxia Rural criados por Carlos Chagas, que priorizavam o combate à Doença de Chagas, malária e a ancilostomose. Foram implantados primeiramente na periferia da cidade do Rio de Janeiro e, após 1918, com o apoio da Fundação Rockefeller, foram expandidos para outras capitais e diversos pontos do interior do país.

Esses postos servem como base para capacitação de profissionais que vão atuar nos Centros de Saúde, criados em 1925 em São Paulo (Centro de Saúde do Brás, o Centro de Saúde Bom Retiro e o Centro de Saúde do Instituto de Hygiene). Esses Centros de Saúde concentram as ações que estavam distribuídas em vários dispensários, chefiadas por um sanitarista. Há um movimento de renovação sanitária que procura substituir a prática da polícia sanitária por ações de cunho educativo e preventivo. Por meio de visitas domiciliares, se traça um perfil epidemiológico de cada área e, a partir disto, se organizam as ações de prevenção, profilaxia e educação para as famílias. Uma das prioridades é combater a tuberculose cuja incidência cresce a passos largos. Ocorre a expansão dos Centros de Saúde para todas as capitais e cidades de médio porte. Entre as décadas de 50 e 70, com o crescimento da medicina previdenciária e surgimento dos grandes hospitais e ambulatórios dos IAPs e do complexo médico-industrial, os Centros de Saúde mudaram seu perfil e começaram a operar de forma mais rígida e burocrática (CAMPOS, 2006).

Em 1974 publicou-se o Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária no Centro de Saúde Murialdo em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, considerado o primeiro projeto de Saúde Comunitária do Brasil. Murialdo funcionou como polo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville. Em 1976, surgiram as primeiras residências médicas voltadas para a Saúde Comunitária: Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre – RS) — que, na

época, se denomina Unidade Sanitária São José do Murialdo; b) Projeto Vitória (Vitória de Santo Antão, próximo a Recife – PE) e c) Serviço de Medicina Integral da UERJ (Rio de Janeiro – RJ)(CONILL, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c).

Em 1978, ocorreu a Conferência de Alma Ata em que a atenção primária à saúde foi aclamada como a estratégia capaz de levar “Saúde para todos no ano 2000”(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978b), o que se reflete no Brasil com o Movimento Sanitário, cenário de discussões sobre a necessidade de mudanças na política de saúde e nos processos de redemocratização do país.

Em 1981 a Comissão Nacional de Residência Médica oficializou o Programa de Residência Médica em Medicina Comunitária, mas a atividade era, ainda, pouco reconhecida e tinha mercado de trabalho restrito. Nesse mesmo ano criou-se a Sociedade Brasileira de Medicina Comunitária. Somente em outubro de 1986, o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a Medicina Geral Comunitária como Especialidade Médica e a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária como sua representante, por meio da Resolução CFM nº 1.232/86. Em 1997, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) cortou todas as bolsas de Residência Médica para Medicina Geral Comunitária no Brasil. A maioria dos Programas foram extintos, outros mudaram de nome para Medicina Preventiva e Social para não fecharem (FALK, 2014).

Entre 1979 a 1986 em Jucás, no Ceará, ocorreu a primeira experiência com agentes comunitários. Em 1987, devido à grande seca no estado, o governo colocou em prática um Programa de Emergência, e contratou 6000 mulheres sertanejas, de famílias vulneráveis (com o intuito de garantir uma renda mínima para essas famílias no período da seca), mas que eram conhecidas e respeitadas pela comunidade. Elas receberam treinamento de três dias e foram supervisionadas em cada município por um profissional de saúde. Realizaram busca ativa das gestantes para o pré-natal, incentivam as mães para o aleitamento materno e a levar as crianças para vacinar, também orientando sobre cuidados de higiene. Quando a estiagem acabou o programa perdeu a característica de ser emergencial, mas mantém as suas ações na área da saúde. É considerado um programa de ações simplificadas e de baixo custo, sendo institucionalizado e incluído no Plano de Saúde do Governo do Estado do Ceará. (ÁVILA, 2011)

Em 1991, o programa foi incorporado pelo Ministério da Saúde e, em 1993, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) contemplou 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-

Oeste, e um total de 33.488 agentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2005).

Desde o final de 1993, o Ministério da Saúde discute a implantação do Programa de Saúde da Família, se inspirando na experiência do PACS e da medicina comunitária dispersos pelo país. Em setembro de 1994, o Ministério divulgou o primeiro documento oficial sobre a Saúde da Família, vinculando o programa assim como era o PACS, na Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), e abriu a possibilidade de adesão dos municípios sob a forma de convênio, desde que cumpridos determinados critérios. Em 1995 os dois programas passaram para ao Secretaria de Assistência à Saúde. Em 1996, por meio da Norma Operacional Básica (NOB96), o pagamento deixou de ser por procedimento e criou-se o Piso de Atenção Básica (PAB) em que os municípios recebem um valor fixo calculado pelo número de habitantes para desenvolver as ações de atenção básica, acrescido de valores adicionais para quem possui equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e PACS. Em 1997 o governo estabeleceu como prioridade o PACS e PSF no Plano de Metas do Ministério da Saúde (Viana, Ana Luiza D'Ávila; Poz 2005; Ministério da Saúde e Fundação Oswaldo Cruz 2005).

Em 2006 publicou-se a Portaria nº 648, que institui a Política Nacional da Atenção Básica e substitui o Programa de Saúde da Família por Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 2011 essa portaria foi substituída pela Portaria nº 2488, que incorpora o papel da atenção básica no de Redes de Atenção à Saúde estabelecido na Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010, apresenta novas modelagens de equipe para as diferentes realidades brasileiras. O Ministério da Saúde adota a terminologia atenção básica como equivalente à APS.

Em 2017 a Portaria nº 648 foi revisada por meio da Portaria MS/GM nº 2436/2017 descrita no Anexo XXII do Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica define atenção básica como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (PRT MS/GM, 2436/2017, Art. 2º).

Em 2018 foi elaborado pelo Ministério da Saúde, CONASEMS e CONASS, o Guia Nacional da Atenção Básica onde o Módulo 1 aborda a Integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde, tema esse que ainda é um desafio na política de saúde (MINISTÉRIO DA

SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2018).

Através do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019, é criada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Ministério da Saúde, enfatizando-se assim a relevância da APS e sua prioridade no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em novembro, a Portaria 2979/2019 institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (MS/SAPS, 2019).

Em 2015 o país apresentou uma cobertura de atenção básica de 60,67% da população. A ESF está presente em 5459 municípios com 39.943 equipes (61% de cobertura) e são 266.250 agentes comunitários de saúde (64% de cobertura)(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Em 2019 temos 43.637 equipes de ESF (64,34% de cobertura) e 268.879 agentes comunitários (MS/SAPS, 2020).

3.2.4) A APS em Curitiba

A história da APS em Curitiba se inicia em 1963 com a criação do Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde. No ano seguinte ocorre a inauguração do Centro de Treinamento Tarumã. Em 1964, o referido departamento, transformado em Departamento de Bem-Estar Social, inaugurou a Unidade Sanitária Municipal Cajuru, localizada no espaço da associação de moradores. A primeira equipe de saúde é formada por engenheiro sanitário, médico, auxiliares de saneamento e visitantes sanitários. É criado o Departamento de Odontologia Escolar e em 1966 feito o primeiro levantamento epidemiológico na área de odontologia, por meio dos três consultórios instalados em escolas municipais. Em 1970, o grande movimento migratório causou maior adensamento populacional na periferia da cidade, o que provocou maior pressão do movimento comunitário para expansão dos serviços de saúde e outros equipamentos sociais. Em 1975 a cidade possuía cinco Unidades Sanitárias (US) e 12 consultórios odontológicos (CO), e, em 1979, esse número aumentou para 10 e 13, respectivamente.

Nessa época, alguns municípios brasileiros começam a ter uma prática voltada para medicina comunitária. Os princípios da Conferência de Alma Ata ecoam pelo país e em Curitiba. No ano de 1979, surge o primeiro “Projeto de Atenção Primária à Saúde”, elaborado pela Diretoria de Saúde, que estabelece propostas para o desenvolvimento da rede de postos de

saúde, tendo como eixo gestor o “Projeto Vizinhança”. O projeto da APS apresenta como diretrizes a estruturação de uma rede de atenção primária que representa não apenas a extensão de cobertura dos serviços de saúde, mas um significativo impacto juntamente à população a ser beneficiada, corrigindo as distorções existentes no setor saúde, e inclui as seguintes questões: a) democratização da atenção médica; b) extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; c) medicina integral; d) participação comunitária; e) delegação de funções na equipe. Os equipamentos e serviços da Secretaria do Estado e do INAMPS estão localizados nas áreas mais centrais da cidade, possuem estrutura mais robusta, mas atendem a populações específicas, como os beneficiários do INAMPS, em uma política seletiva e de exclusão (OPAS, 2004).

Em 1986 surgiu a Secretaria Municipal de Saúde que aderiu às Ações Integradas de Saúde, o que possibilita a melhoria e o aumento da rede de unidades, a ampliação do laboratório municipal e a disponibilização de medicamentos básicos para a população. De 1985 a 1988, ocorreu nova expansão de serviços e o município passou a ter 40 Centros de Saúde com equipes constituídas por 3 pediatras, 2 clínicos gerais, 1 ginecologista-obstetra, 1 enfermeiro, 1 auxiliar administrativo, 1 vigilante, 1 auxiliar de serviços gerais e 14 auxiliares de saúde.

As clínicas odontológicas foram instaladas juntamente aos centros de saúde, contando com 6 cirurgiões-dentistas, 11 auxiliares odontológicos e um técnico em higiene dental. Em 1988, com a Constituição Federal, inclui-se a saúde como um direito constitucional. Além disso, aponta-se o Sistema Único de Saúde como universal, garantindo o acesso a todos os cidadãos brasileiros.

Em 1989 a rede conta com 53 Centros de Saúde e 34 clínicas odontológicas, ocorrendo a municipalização dos serviços. No ano de 1991, Curitiba realizou sua 1ª Conferência Municipal de Saúde com o tema “*A prática da Saúde no Município*” que contou com 600 delegados. Instituiu-se o Conselho Municipal de Saúde. Nesse mesmo ano, houve uma reforma administrativa da prefeitura, com a descentralização das secretarias em 7 gerenciais regionais, que mais tarde foram denominadas Distritos Sanitários.

Curitiba, em 1991, iniciou sua primeira experiência com médico de família na US Pompéia. Havia integração multiprofissional, pois, nesse mesmo período, houve a unificação, em toda a rede, da chefia da área médica-enfermagem com a área odontológica, dentro do conceito de saúde integral. Para dar sentido à responsabilização das equipes pelo seu território, surgiu a figura da chefia única denominada de Autoridade Sanitária Local (OPAS, 2004; SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2016).

Portanto, algumas Unidades de Saúde avançaram nas estratégias de participação da comunidade no planejamento local e na constituição da vigilância à saúde sobre um espaço-população sob sua responsabilidade, para reverter os indicadores epidemiológicos sociais. Nesse sentido, reforçavam o consenso de que “Curitiba já vinha construindo há décadas um padrão consciente e planejado de política de saúde. Esta política sempre teve uma linha, um fio condutor de direcionalidade estratégica, que sobreviveu a vários governos e atores sociais. (PEDOTTI; MOYSÉS, 2000).

Em 1994 a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba estabeleceu uma parceria com o Departamento de Medicina de Família e da Comunidade da Universidade de Toronto, no Canadá, e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Essa parceria desenvolveu uma capacitação para multiplicadores do Curso Básico para profissionais do PSF, com a participação de 15 profissionais de nível superior. Em 1996, Curitiba aderiu ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, e recebeu recursos adicionais que permitiram a expansão do modelo no município.

Em 1998, o município assumiu a gestão plena de todos os serviços de saúde e, em 1999, começou a atuação dos agentes comunitários de saúde. No mesmo ano, lançou-se o Programa Mãe Curitibana, fortemente focado na organização da APS como ordenadora de cuidado da rede materno infantil. Em 2000, todas as Unidades de Saúde da regional do Bairro Novo, recém-criada, passaram a atuar no modelo de saúde da família (Ducci, Luciano; Pedotti, Maria Alice; Simão, Mariângela Galvão; Moysés 2001; Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba 2016; OPAS 2004).

Em 2002 a Secretaria Municipal de Curitiba estabeleceu contratos de gestão com as equipes da Atenção Primária, baseados em indicadores de processos e resultados (DITTERICH et al., 2015).

Em 2005, foi implantada a regional da Cidade Industrial de Curitiba e em 2015 a regional do Tatuquara, totalizando os 10 distritos sanitários que compõe a estrutura administrativa atual da saúde no município.

Considerando-se o censo do IBGE 2010, o Distrito Sanitário mais populoso é o do Boa Vista, seguido do Portão e do Cajuru. A análise da proporção de idosos revelou que a distribuição não foi homogênea nos diversos distritos sanitários, sendo maior no Distrito Sanitário da Matriz com 18,6%, seguido do Distrito do Boa Vista, Portão e Cajuru com 16,3%, 14,3% e 12,2% respectivamente. De forma inversa, os Distritos Bairro Novo, CIC, Pinheirinho, Santa Felicidade e Boqueirão apresentam os menores percentuais de idosos em sua população, abaixo da média municipal de 11,3%. O analfabetismo está mais concentrado nos Distritos da Cidade Industrial, Cajuru e Pinheirinho, seguidos de Bairro Novo, Boa Vista e Boqueirão. O Distrito da Matriz é o que possui menor número de analfabetos. Na análise da renda *per capita*

mensal de até R\$ 70,00 verificamos que o maior número de pessoas está no Distrito do Cajuru, seguido dos Distritos de Santa Felicidade, Boqueirão, Matriz, Pinheirinho. Cidade Industrial, Bairro Novo, Boa Vista e, por último, o Portão (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2014).

Em 2010 foi implantado na Unidade de Saúde Alvorada, o Laboratório de Inovação às Condições Crônicas (LIACC) em parceria com o CONASS e a OPAS com o objetivo de implantar a abordagem com tecnologias leves para o enfrentamento da Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus e depressão (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

Em dezembro de 2013 foi estabelecida a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Curitiba (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2013).

Curitiba, em setembro de 2015, possuía 110 Unidades de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2015) e, segundo dados da Sala de Gestão Estratégica Ministério da Saúde, apresentava cobertura de atenção básica de 55,90% da população, com 236 equipes médico-enfermagem atuando na ESF (44% de cobertura), 167 equipes de ESF saúde bucal (31% de cobertura) e 950 agentes comunitários de saúde (29% de cobertura) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em março de 2017 foi lançado o aplicativo Saúde Já Curitiba que permite acesso aos serviços de saúde como agendamento de consultas (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA, 2017).

Curitiba em 2019 apresenta uma cobertura de APS de 48,5%, com 174 equipes de ESF (31,3% de cobertura), 123 equipes de ESF saúde bucal e 399 ACS (12% de cobertura)(MS/SAPS, 2020).

3.3) Avaliação da atenção primária

A restrição de recursos financeiros, após a Segunda Guerra Mundial, e os gastos crescentes com o setor saúde, principalmente nos países desenvolvidos, implicaram aos gestores mundiais a necessidade de avaliação dos custos na área da saúde. Ao mesmo tempo, os trabalhadores questionaram quais resultados obtidos com a sua prática se demonstravam ineficazes ou lesivos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; LIMA; SILVA, 2011).

Muitas são as definições do conceito de avaliação. Para Contrandriopoulos e colaboradores, avaliar é fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar a tomada de decisões. A avaliação pode ser normativa quando o julgamento é resultado da aplicação de critérios e normas ou

avaliativa quando é elaborada a partir de um procedimento científico (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Para Donabedian, as avaliações em saúde não devem focar, apenas, os desfechos que muitas vezes são alcançados em logo tempo e não conseguem expressar todas as fases do cuidado de saúde, ela deve ser sistêmica e abranger a estrutura, os processos e os resultados (DONABEDIAN, 1997, 1966).

Tanaka afirma que a avaliação da atenção básica em saúde é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão e envolve os seguintes componentes: medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão (TANAKA, 2011).

Vários pesquisadores em muitos países têm buscado desenvolver metodologias para avaliar os cuidados primários em saúde (ARAH et al., 2006; DOS SANTOS DE SÁ et al., 2015; ENGELS et al., 2006; FRACOLLI et al., 2014; KRINGOS et al., 2010; MACINKO; GUANAIS, 2015; MARSHALL et al., 2006; PIZZANELLI et al., 2011; SHI; MASIS; GUANAIS, 2012).

Segundo o documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, são pressupostos para a avaliação:

o objeto da avaliação da atenção básica é um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. Deve-se ter o cuidado de, ao recortar o objeto, não o reduzir, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e os novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS. O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos.

A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático.

Deve-se ter o cuidado de, ao recortar o objeto, não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e os novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Felisberto defende a institucionalização da avaliação da atenção básica com o objetivo de incorporar a avaliação no cotidiano dos gestores e dos profissionais, indo além da obrigação de prestação de contas aos organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006).

No Brasil a avaliação da atenção básica é institucionalizada no Ministério da Saúde com a criação da Coordenação de Acompanhamento da Atenção Básica no Departamento de Atenção Básica em 2000 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em 2005, a avaliação foi incluída dentro do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) sendo realizado um estudo de linha de base projeto que objetivou fazer um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços, principalmente em relação à atenção básica, em 168 municípios do País com mais de 100 mil habitantes (LEAL et al., 2006).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde- Primary Care Assesment Tool- Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b), mas este não foi implantado.

Em 2011, o Departamento de Atenção Básica instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que propõe um conjunto de estratégias de qualificação, monitoramento e avaliação para as equipes de atenção básica do país. O PMAQ prevê uma avaliação de diversos indicadores coletados por meio dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e também de uma avaliação externa realizada por pesquisadores que em uma visita técnica nas UBS (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011).

3.4) Primary Care Assesment Tool (PCATool)

3.4.1) Primary Care Assesment Tool (PCATool)

O *Primary Care Assesment Tool* é um instrumento validado, utilizado nacional e internacionalmente para avaliar a qualidade da APS por meio das suas dimensões, na perspectiva de usuários, profissionais e sistemas. Ele é resultado da contribuição de vários grupos de serviço e pesquisa americanos, entre eles o *UF federal Maternal and Child Health*

Bureau (MCHB), Henry J, Kaiser Foundation, the Child and Adolescent Health Policy Center (CAHPC), o Primary Care Policy Center at Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health(SHI; MASIS; GUANAIS, 2012; STARFIELD, 2002).

Em 1998, Starfield desenvolveu e validou uma versão do PCATool para crianças, composto pelas quatro dimensões principais da APS, cada um deles com duas subdimensões, uma relacionada com estrutura, que indica a capacidade para prover o serviço necessário, e outra relacionada com o comportamento do atributo, isto é, que indica se serviço é prestado quando se faz necessário. As dimensões principais são assim descritas: primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade (afiliação com o serviço e força das relações interpessoais), integralidade (serviços, prestados e serviços disponíveis), coordenação (integração do cuidado e sistema de informação) e as três dimensões derivadas: orientação comunitária, orientação centrada na família e competência cultural(Shi, Masis, e Guanais, 2012; Starfield, 2002).

O PCATool consiste em quatro módulos: pesquisa com usuários dos serviços (versão infantil e adulto), pesquisa com profissionais de saúde, pesquisa de unidades e pesquisa de sistema de saúde, cada qual com uma versão expandida e uma resumida. Esse instrumento é adequado para medir a qualidade dos atributos porque é capaz de captar informações de elementos estruturais e de processos relacionados as dimensões do cuidado primário. As informações obtidas com essas pesquisas podem ser utilizadas para avaliar as características da APS e monitorar o efeito das mudanças que são implementadas, o que torna o PCATool uma importante ferramenta para gestores de políticas públicas. A pesquisa com usuários subsidia informações sobre: os recursos da APS providos para os usuários e seu uso quando necessário; se o acesso ao serviço é fácil, quando necessário; as características da comunicação e o mútuo entendimento entre o usuário e o provedor do serviço; o nível de coordenação entre o provedor da APS e o serviço especializado; o tipo de serviço disponível na APS; se há participação da família nas discussões do cuidado e tratamento dos usuários; comunicação entre o provedor do cuidado e órgãos de direção; tipo de cobertura de serviço; quando há solicitação de coparticipação no pagamento; assim como quais são as características sociodemográficas dos usuários (SHI; MASIS; GUANAIS, 2012).

Em 1999, Starfield realizou uma pesquisa avaliando os atributos da APS em adultos na Carolina do Sul o que possibilitou a validação PCATool adulto (STARFIELD; XU, 2001).

Muitas pesquisas, utilizando o PCATool proposto por Starfield, foram realizadas em vários países além dos Estados Unidos, como: Canadá, Espanha, Coreia do Sul, China, Argentina, e Uruguai, o que torna possível a comparação dos resultados entre os diversos

estudos, sendo um dos instrumentos de avaliação da APS mais utilizado na atualidade (HAGGERTY et al., 2008; MACINKO; JIMENEZ; CRUZ-PEÑATE, 2015; PIZZANELLI et al., 2011; SHI; MASIS; GUANAIS, 2012; WANG et al., 2015b).

A expansão da APS no Brasil reflete a necessidade de estabelecer modelos avaliativos que possam medir a qualidade dos atributos da atenção primária aplicada nos diversos contextos dos municípios. As versões do PCATool-Brasil, versão para crianças, adultos e versão reduzida adulto para usuários de serviços de APS e uma versão para profissionais da APS foram traduzidas e validadas pelo grupo de pesquisa em atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HARZHEIM et al., 2006, 2013; HAUSER, L; CASTRO, RCL; VIGO, A; TRINDADE, TG; GONÇALVES, MR; STEIN, AT; DUNCAN, 2013; OLIVEIRA et al., 2013). Também foi validada no Brasil uma versão do PCATool para a Saúde Bucal (CARDOZO,2015; D'AVILA,2016; NASCIMENTO et al., 2019).

Com exceção da versão reduzida, que somente permite a avaliação do escore geral da APS, as demais permitem a avaliação de cada um dos atributos da APS e suas subdimensões.

As respostas são estruturadas em uma escala Likert para cada atributo ou subdimensão, valoradas de 1 a 4 sendo 1= com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim e 4 =com certeza sim(SHI; STARFIELD; XU, 2001). A avaliação é realizada pelo conjunto de escores de cada atributo, gerando um escore global que caracteriza o grau de orientação do serviço ou do sistema de saúde à atenção primária (CHOMATAS, 2009).

Em 2010, o Ministério da Saúde publicou o Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde, em que as versões do PCATool-Brasil, versão infantil e adulto, para usuários e a versão para profissionais são apresentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

3.4.2) PCATool-adulto-Brasil versão reduzida

Em 2013 o grupo de pesquisa de atenção primária à saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) identificou a necessidade da elaboração de um instrumento reduzido do PCATool-Brasil versão adulto, para que este pudesse contribuir para a avaliação periódica e sistemática dos serviços de APS no Brasil.

O PCATool-adulto-Brasil versão reduzida foi elaborado a partir do PCATool-adulto-Brasil por meio de uma reavaliação realizada via Teoria de Resposta ao Item (TRI). O PCATool-adulto-Brasil é composto por 86 itens, sendo 3 que medem a afiliação do usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS: primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade, integralidade (serviços disponíveis e

serviços prestados), coordenação (sistema de informação e integração do cuidado), orientação familiar e orientação comunitária. A estratégia para reduzir o instrumento foi definida pela seleção dos itens baseada na discriminação (parâmetro de inclinação do modelo TRI) e relevância teórica para o escore de orientação da APS. Após a seleção, os itens foram recalibrados na mesma amostra de serviços de APS utilizada para a validação da versão do PCATool-adulto-Brasil. A versão proposta é constituída de 23 itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS(OLIVEIRA et al., 2013).

3.5) Atenção primária à saúde e determinantes sociais

A Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), ocorrida em setembro de 2015, propõe aos países membros 17 objetivos para um desenvolvimento sustentável, sendo o objetivo 3 direcionado para a saúde “Garantir uma vida saudável e promover bem-estar para todas as idades”. Nesse sentido, a APS é considerada como elemento-chave para a conquista das 13 metas contidas nesse objetivo, por estabelecer um cuidado centrado em pessoas e comunidades e interferir positivamente nos determinantes sociais da saúde. A APS é também apontada como elemento capaz de ativar os outros 16 objetivos, pelos exemplos que suas equipes têm produzido como o auxílio para acabar com a pobreza, melhorar a nutrição, melhorar os processos de educação em saúde, empoderar pessoas e comunidades para diminuir as inequidades e promover justiça, disponibilizar acesso à água segura e esgoto sanitário, encorajar a produção do desenvolvimento sustentável entre outros(Pettigrew et al., 2015).

A Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais para a Saúde (CNDSS), instituída em março de 2006 pelo governo federal, define determinantes sociais como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população(BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Para a Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde, que conceitua determinantes sociais como aqueles que influenciam a saúde e a equidade à saúde como habitação, trabalho e educação, crescem as evidências que os próprios sistemas de saúde são determinantes sociais (GILSON et al., 2007). As evidências apontam que sistemas de saúde bem estruturados e bem geridos aumentam a equidade em saúde, uma vez que podem ser especificamente dirigidos para circunstâncias de desigualdade e marginalização social, como mulheres, pobres e outros grupos excluídos por estigmas e discriminações. De mesmo modo, alguns sistemas de saúde perpetuam injustiças e estratificação social. Abordagens baseadas em

modelos biomédicos e voltados para cuidados curativos bloqueiam iniciativas para reorientar sistemas que promovam saúde e equidade. (GILSON et al., 2007).

Inequidades em saúde são definidas por Whitehead como sendo as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas em saúde. Braveman e Gruskin propõe uma revisão conceitual mais atual, definindo equidade como a ausência sistemática das disparidades na saúde (ou nos principais determinantes sociais da saúde) entre os grupos que têm diferentes níveis sociais (BRAVEMAN e GRUSKIN, 2003).

Starfield divide inequidades em horizontais e verticais, sendo horizontal quando pessoas, com as mesmas necessidades, não têm acesso aos mesmos recursos; e vertical, quando pessoas, com maiores necessidades, não têm acesso à maiores recursos. A autora argumenta que muitos países têm ativado a equidade vertical e horizontal no uso da APS, ou seja, pessoas com maior necessidade recebem mais serviços de cuidados primários, porém muitos países somente têm ativado a equidade horizontal nos serviços especializados e muito poucos a vertical, fazendo com que subgrupos socialmente excluídos tenham menos acesso a especialistas do que as suas necessidades apontam. Uma APS voltada para o cuidado centrado nas pessoas e na comunidade muito mais do que na doença beneficiam especialmente grupos socialmente excluídos. Diz, ainda, que especialistas apresentam dificuldade em manejar interações entre várias doenças, com pouca coordenação do cuidado o que faz aumentar a probabilidade de efeitos adversos e de maiores custos. A APS deve assumir maior importância nos sistemas de saúde, já que tem maior capacidade de manejar múltiplas comorbidades (STARFIELD, 2011).

Shi e colaboradores, analisando dados da população civil americana não institucionalizada, para verificar a presença de associação entre experiência de atenção primária, desigualdade de renda e percepção de saúde, concluíram que o padrão socioeconômico atenua, mas não elimina o efeito da APS. Dessa forma, uma forte APS está associada à melhor percepção de saúde tanto geral como mental, mas também à diminuição das desigualdades entre as populações mais ou menos favorecidas em avaliações de saúde geral (expectativa de vida, mortalidade ajustada pela idade e principais causas de morte)(SHI et al., 2002).

Programas de saúde com eficácia comprovada podem produzir equidade quando são estruturados para reconhecer populações mais vulneráveis, devendo ser implantados primeiramente nestas áreas, como foi realizado com as novas vacinas para crianças no Peru, o ESF no Brasil e programas de saúde bucal para crianças na Região Basca, na Espanha (Starfield, Gérvas, e Mangin, 2012).

O cuidado, centrado em pessoas e em populações, realizado pela APS, é mais efetivo, mais eficiente, mais seguro e promove mais equidade (STARFIELD, 2011; STARFIELD, 2012).

3.6) Atenção primária à saúde e condições crônicas

As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Essa definição engloba agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si, como algumas doenças transmissíveis (HIV/AIDS), não transmissíveis (doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, depressão) e incapacidades estruturais (amputações, cegueira e transtornos das articulações). Estima-se que, em 2020, 80% da carga de doença nos países em desenvolvimento devem advir das condições crônicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

A transição demográfica, com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, aliada à urbanização crescente, à adoção de estilos de vida pouco saudáveis contribuindo para o aumento da obesidade, e à comercialização de produtos nocivos à saúde, como o cigarro, levam ao aumento das condições crônicas na população mundial, desafiando os sistemas de saúde no século XXI (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

A OMS pontua, ainda, que as condições crônicas são interdependentes e relacionadas à pobreza, e, nos países em desenvolvimento, dificultam ainda mais a prestação de serviços, porque nestes as condições crônicas somam-se a uma agenda inconclusa na saúde para o enfrentamento de doenças infecciosas, desnutrição e saúde materna (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003).

Dentre as condições crônicas, estão as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que são as principais causas de óbitos no mundo, correspondendo, em 2008, a 63% dos óbitos. 80% desses óbitos ocorrem em países de baixa e média renda. De cada três mortes por ano no mundo, duas são decorrentes de DCNT (GOULART, 2011).

No Brasil as DCNT correspondem a 72% dos óbitos e atingem as camadas mais pobres da população e grupos mais vulneráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Schramm e colaboradores realizaram estudo analisando a carga de doença no Brasil, utilizando dados de 1998 e constataram que o grupo das doenças não transmissíveis é responsável por 74,7% dos anos de vida perdidos por morte prematura e, quando calculado o Disability-Adjusted Life Year (DALY) por mil habitantes, que é um indicador que procura medir simultaneamente o impacto de mortalidade e problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos, utilizando-

se dos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL-Years of Life Lost) e dos anos vividos com incapacidades (YLD- Years Lived with Disability) em relação a uma esperança de vida ideal, observou-se que as doenças neuropsiquiátricas que fazem parte do grupo das não transmissíveis têm a maior concentração, respondendo por 18,6%, seguidas das cardiovasculares (13,3%), das doenças respiratórias crônicas (8%), dos cânceres (6%), das doenças musculoesqueléticas (6%) e do diabetes (5%)(SCHRAMM et al., 2004).

Dentre as doenças neuropsiquiátricas, a presença do transtorno depressivo recorrente (episódio de depressão) aparece como quarta causa de DALY (3,8%)(SCHRAMM et al., 2004).

A OMS estima que há 350 milhões de pessoas afetadas por esse problema de saúde no mundo. A *World Mental Health Survey* conduzida em 17 países aponta que uma em cada 20 pessoas no mundo reporta um episódio de depressão no último ano e a *World Health Survey 2003*, que 18,8% dos brasileiros referem ter recebido diagnóstico de depressão nos 12 meses anteriores à referida pesquisa (SCHMIDT et al., 2011; WHO DEPARTMENT OF HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE, 2012).

Nas doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial tem se mostrado relevante. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, a proporção de indivíduos acima de 18 anos que referem diagnóstico médico de hipertensão arterial no Brasil é de 21,4%, sendo maior nas mulheres (24,2%) do que nos homens (18,3%). A proporção tem grande variabilidade quando analisada por idade sendo de 2,8% em pessoas de 18 a 29 anos, 17,8% dentre as pessoas de 30 a 59 anos, de 44,4% entre os de 60 a 64 anos, 52,7% entre os que possuem 65 a 74 anos e entre os que relatam ter mais de 75 anos chega a 55%(IBGE; MS; FIOCRUZ, 2014). Em 2013, 69,7% dos hipertensos referem receber assistência médica no período de 12 meses anteriores ao período de referência da pesquisa, sendo esse número maior entre as mulheres (72,4%) do que entre os homens (65,6%). As Unidades Básicas de Saúde são os locais mais referidos dessa assistência (45,9%), seguidos de clínicas privadas e consultórios particulares (27,3%), hospitais públicos e ambulatorios (10,9%) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e emergências de hospitais públicos(8,3%)(IBGE; MS; FIOCRUZ, 2014).

Essa mesma pesquisa estima que 6,2% da população acima de 18 anos no Brasil refere diagnóstico médico de diabetes, sendo essa proporção maior nas mulheres (7%) do que nos homens (5,4%). Em relação aos grupos de idade a proporção é a seguinte: 18 a 29 anos apresenta 0,6%, aqueles entre 65 a 74 é 19,9% e acima de 75 anos é de 19,6%. Em relação aos indivíduos com diagnóstico de diabetes, 73,2% referem assistência médica nos últimos 12 meses. As Unidades de Saúde também são os locais mais mencionados para essa assistência com 47,1%

seguidas de consultórios particulares ou clínicas privadas com 29.9% (IBGE; MS; FIOCRUZ, 2014).

Por serem crônicas e muitas vezes estarem presentes no mesmo indivíduo, tanto a hipertensão quanto o diabetes e a depressão necessitam de cuidado continuado, sendo o fortalecimento da atenção primária apontado como uma das principais estratégias para o enfrentamento das condições crônicas no mundo (SCHMIDT et al. 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011b; MENDES 2012; WHO DEPARTMENT OF HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE 2012).

Diante desse cenário, em 2010, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba implantou, em parceria com o Conselho Nacional de Secretário de Saúde (CONASS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e, com assessoria técnica do Consultor Eugênio Vilaça Mendes e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), o Laboratório de Inovações em Atenção às Condições Crônicas na APS (LIACC) que foi caracterizado em duas etapas: a primeira, de concepção do Modelo de Atenção às Condições Crônicas e a segunda pela implantação do modelo desenvolvido em Unidades piloto.

Foram constituídos dois grupos programáticos: atenção cardiovascular e depressão e oito grupos temáticos: 1) prevenção das condições de saúde; 2) tecnologias de mudanças de comportamento; 3) autocuidado apoiado; 4) relações com a comunidade; 5) educação permanente; 6) educação em saúde; 7) sistemas de informação da clínica; e, 8) desenho do sistema de prestação de serviços. O LIACC, estruturado a partir da estratificação de risco dos agravos selecionados, busca novas tecnologias de cuidado, de educação em saúde bem como a revisão das diretrizes clínicas instituídas. Para o LIACC, foram definidas doze Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família e com características semelhantes localizadas nos Distritos do Boqueirão e Cidade Industrial, sendo três em cada distrito para implantação do modelo e três para controle. Devido à complexidade das novas tecnologias adotadas antes de iniciar o LIACC, estas foram implantadas em uma Unidade piloto, a UBS Alvorada, pertencente ao Distrito Cajuru. Foram produtos desse LIACC a estruturação do cuidado compartilhado (CUCO) e autocuidado apoiado na APS com a produção de materiais sobre autocuidado apoiado para profissionais e usuários, a validação transcultural dos instrumentos idealizados pelo *MacColl Institute for Health Care Innovation*, o *Assessment of Chronic Illness Care* (ACIC), ou Avaliação da Capacidade Institucional para a Atenção às Condições Crônicas, na sua tradução para o português, e o *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions* (PACIC), ou Avaliação do usuário sobre o Cuidado as Condições Crônicas que foram utilizados na pesquisa avaliativa do LIACC (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2012).

4.OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde dos adultos do município de Curitiba, por meio da mensuração do grau de extensão da APS.

Objetivos Específicos

- Comparar o grau de extensão e filiação da APS entre usuários adultos de serviços de saúde públicos e privados no município de Curitiba;
- Avaliar a associação de determinantes sociais como renda, escolaridade, ocupação, sexo, cor da pele autorreferida e idade, com o grau de extensão da APS dos adultos em Curitiba;
- Avaliar a qualidade do processo de cuidado de condições crônicas e sua associação com o grau de extensão da APS em usuários adultos no município de Curitiba.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema único de Saúde (SUS) em nível local. In: OPAS (Ed.). **Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 10**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2006. p. 218.
- ALMEIDA FILHO, N. DE. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 304–311, 1986.
- ANS. **Dados Gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 30 out. 2018.
- ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar: Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>.
- ARAH, O. et al. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. September, n. September, p. 5–13, 2006.
- ÁVILA, M. M. M. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, v. 24, n. 2, p. 159–168, 2011.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios - memórias**. 1ª ed. Distrito Federal: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, 2007.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. **Journal of epidemiology and community health**, v. 57, n. 4, p. 254–258, 2003.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **São Paulo em Perspectiva**, v. 10, n. 19, p. 61–75, 2005.
- CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil; The organization of Primary Care in Brazil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131–147, 2006.
- CHOMATAS, E. **Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde no Município de Curitiba, no Ano de 2008**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

- COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. **Resolución CD53.R14**. Washington: [s.n.].
- CONCEIÇÃO, T. S.; CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O. O Financiamento Da Saúde No Brasil : **Temporalis**, v. 1, p. 97–124, 2012.
- CONGRESSO NACIONAL. **Constituição da República Federativa do Brasil**Brasil, 1988. Disponível em:
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde : desafi os para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil A historical and conceptual model for Primary Health Care : challenges for the or. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. suppl 2, p. 7–16, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde:conceitos e métodos. In: FIOCRUZ (Ed.). . **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. 20^a ed. Rio de Janeiro: [s.n.].
- COSTA, Z. G. A. et al. Evolução histórica da vigilância epidemiológica e do controle da febre amarela no Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 11–26, 2011.
- CRUZ, S. Práticas médicas no Brasil Práticas médicas no Brasil colonial. [s.d.].
- CUETO, M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. **American Journal of Public Health.**, v. 94, n. 11, p. 1864– 74., 2004.
- CUNHA, E. M. DA; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029–1042, 2011.
- DITTERICH, R. G. et al. A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 207–220, 2015.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1997.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Memorial Fund quarterly**, v. 44, n. 4, p. Suppl:166-206, 1966.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care**. Cambridge: [s.n.].
- DOS SANTOS DE SÁ, F. et al. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, p. cmv096, 2015.

DOS SANTOS, N. R. [The evolution of the Brazilian National Health System, strategic courses of action and strategies to understand these actions]. **Ciência & saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 429–35, 2007.

DUARTE, P. O. **Análise da Política de Atenção Básica de Saúde em âmbito municipal: o caso de Recife, 2001 a 2011**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

DUCCI, LUCIANO; PEDOTTI, MARIA ALICE; SIMÃO, MARIÂNGELA GALVÃO; MOYSÉS, S. J. **Curitiba:saúde de braços abertos**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

ENGELS, Y. et al. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. **Family Practice**, v. 23, n. 6, p. 137–147, 2006.

FALK, J. W. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: historico e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 1, 2014.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde : reabrindo o debate From the theory to the formulation of a National Policy of Evaluation in Health : reopening the debate. **Ciencia & saude coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553–563, 2006.

FINCKELMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Organização Panamericana da Saúde (OPAS), 2002.

FRACOLLI, L. A. et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Ciencia & saude coletiva**, v. 19, n. 12, 2014.

GALVÃO, M. A. M. **ORIGEM DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL : DO BRASIL-COLÔNIA A 1930**. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>.
 Acesso em: 23 mar. 2016.

GILSON, L. et al. **Challenging Inequity Trought Heath Systems - Final Report. Knowledge Network on Health Systems**. Londres: [s.n.]. Disponível em:
 <https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf>.

GOULART, F. A D. A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. 2011.

GUANAIS, F. C. Efectos combinados de la ampliación de la atención primaria de salud y de las transferencias condicionadas de dinero en efectivo sobre la mortalidad infantil en Brasil, 1998-2010. **American Journal of Public Health**, v. 105, p. S585–S599, 2015.

HAGGERTY, J. L. et al. Practice Features Associated With Patient reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. **Annals of family medicine**, v. 6, n. 2, p. 116–124, 2008.

HARZHEIM, E. et al. confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil Internal consistency. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1649–1659, 2006.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos Validation of the Primary Care Assessment Tool : PCATool-Brazil for adults Introdução Em busca da construção de um sistema nacional de saúde e do fortalecimento dos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274–284, 2013.

HAUSER, L; CASTRO, RCL; VIGO, A; TRINDADE, TG; GONÇALVES, MR; STEIN, AT; DUNCAN, B. H. Tradução , adaptação , validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil : versão profissionais de saúde Translation , adaptation , validity and reliability of the Instrument for Assessment o. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 244–255, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Um panorama da saúde no Brasil- Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde** , 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE; MS; FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013- Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: [s.n.].

INDRIUNAS, L. **História da Saúde Pública no Brasil**. Disponível em:

<<https://pt.scribd.com/document/74539503/Historia-da-saude-publica-no-Brasil#>>. Acesso em: 20 out. 2017.

KRINGOS, D. S. et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC health services research**, v. 10, n. 1, p. 65, 2010.

KRINGOS, D. S. et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but alsoto higher health spending. **Health Affairs**, v. 32, n. 4, p. 686–694, 2013.

LEAL, C. et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB / Proesf) : considerações sobre seu acompanhamento Baseline Studies of the Project for the Expansion and Consolidation of Family Health (PROESF) : considerations abo. **Ciencia & saude coletiva**, v. 11, n. 3, p. 725–731, 2006.

LIMA, R. T. DE;; SILVA, E. P. DA. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 103–114, 2011.

LOPES, W. DE O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 241–247, 2008.

MACHADO, P. H.B; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, S. M. **Saúde Coletiva- Um campo em construção**. 1ª ed. Curitiba: Intersaberes, 2012.

MACINKO, J; DOURADO, I; GUANAIS, F. C. Doenças Crônicas , Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. Diagnósticos , instrumentos e intervenções. p. 33, 2011.

MACINKO, J. et al. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of epidemiology and community health**, v. 60, n. 1, p. 13–19, 2006.

MACINKO, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs**, v. 29, n. 12, p. 2149–2160, 2010.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C. Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 27, n. October, p. mzv074, 2015.

MACINKO, J.; JIMENEZ, G.; CRUZ-PEÑATE, M. Primary care performance in Dominica. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 2, p. 104–112, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. **International journal of health services : planning, administration, evaluation**, v. 37, n. 1, p. 111–126, 2007.

MARSHALL, M. et al. OECD Health Care Quality Indicator Project . The expert panel on primary care prevention and health promotion. **Health Care**, n. September, p. 21–25, 2006.

MARTA, M.; PINTO, S. **50 anos do Ministério da Saúde Sources for a history of the Health ' s fifty years**. [s.l: s.n.].

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 18, n. 4, p. 1131–1149, 2011.

MELO, D. T. DE. **Movimentos Sociais e Institucionalização das Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: [s.n.].

MENDES, Á. A longa batalha pelo financiamnto do SUS. **Saude e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 987–990, 2013.

MENDES, Á. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal Brasileira. **Saude e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 20–33, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: OPAS, 2011. v. 15

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1ª edição ed. Brasília: OPAS, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1620–1625, 2009.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. 1ª Reimpre ed. Rio de Janeiro: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **PMAQ**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010** **Diário Oficial da União**, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**. 1ª edição ed. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. 1. ed. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto 7508**, 2011a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2013**. Brasília: [s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sala de apoio à gestão estratégica**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação Nº 2- Anexo XXII**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html>. Acesso em: 8 jan. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/sobre>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-Gestor Atenção Básica- Informação e Gestão da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 3 jan. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Saúde da Família- Avaliação da Implementação em dez centros urbanos**. 2ª ed. [s.l: s.n.].

MIRANDA, C. A. C. DE. **A ARTE DE CURAR NOS TEMPOS DA COLÔNIA: LIMITES E ESPAÇOS DA CURA**. 3ª ed. Recife: [s.n.].

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. Laboratório de inovações no cuidado das condições crônicas na APS: A implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em. **Brasília: Organização Pan-**, 2012.

MS/SAPS. **Previne Brasil**. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf>.

MS/SAPS. **Histórico de cobertura**. Disponível em:

<<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 23 jan. 2010.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES. **A Manpower Policy for Primary Health Care**. National A ed. Washington: [s.n.].

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública : idéias e autores On the history of public health : ideas and authors. **Departamento de Medicina Preventiva e Social**, v. 3, n. 1, p. 251–264, 2000.

OLIVEIRA, M. M. C. et al. PCATool-ADULTO-BRASIL : uma versão reduzida. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 256–263, 2013.

OMS/OPS. **Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud66. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas**. Washington: [s.n.].

OMS. **SINUS 2014-Organização Mundial da SaúdeFAMUN 2015 - Facamp Model United Nations. Poder e Autonomia Nacional. O papel da indústria na luta contra a obesidade e transtornos alimentares**. [s.l: s.n.].

OPAS (ED.). Integralidade das redes de atenção básica e saúde da família: a experiência do município de Curitiba-PR. In: **Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: [s.n.].

OPAS & OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington: [s.n.]. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para as condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: [s.n.].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **APS Agora Mais Que Nunca**. Lisboa: [s.n.].

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Saúde nas Américas: edição de 2012**. [s.l: s.n.].

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) The Citizen Constitution and the 25th anniversary of the Brazilian Unified National Health System (SUS) La Constitución ciudadana y el 25 o aniversario del Sistema Único de Salud brasi. v. 29, n. 10, p. 1927–1936, 2013.

PEDOTTI, M. A.; MOYSÉS, S. J. A história dos 20 anos da atenção primária à saúde em Curitiba e outras " estórias". **Divulgação em Saúde para Debate**, v. novembro, 2000.

PENCHANSKY, ROY; D.B.A., THOMAS, W. The Concept of Access- Definition and Relationship to Consumer Satisfaction_and_Relationship.1.pdf. **Medical Care**, v. XIX, n. 2, p. 127–140, 1981.

PERRY, H. curso EAD “Health for All Through Primary Care”, do Coursera-Lecture **3_Historical Perspective on Primary Health Care**.

PETTIGREW, L. M. et al. Primary health care and the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 386, n. 10009, p. 2119–2121, 2015.

PIOLA, S F; SERVO, L M S; SÁ, E B; PAIVA, A. B. **Estruturas de Financiamento e Gasto do S istema Público de S aúde**. Rio de Janeiro: [s.n.].

PIZZANELLI, M. et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. **Rev Med Urug**, v. 27, n. 3, p. 187–189, 2011.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil - uma pequena revisão. **Chemistry & ...**, p. 1–35, 2004.

PORTA, M. A **Dictionary of Epidemiology**. 6ª ed. Nova Iorque: Oxford University Press, 2014.

Relatório Dawson. Conselho Consultivo de Serviços Médicos e afins. [s.l: s.n.].

ROCHA, R.; SOARES, R. R. EVALUATING THE IMPACT OF COMMUNITY-BASED HEALTH INTERVENTIONS: EVIDENCE FROM BRAZIL’S FAMILY HEALTH PROGRAM. **HEALTH ECONOMICS**, v. 19, p. 126–158, 2010.

SANTOS, N. R. DOS. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas^ipt; The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public

Policy: Its institutionalized and future development and the search for solutions[^]ien.

Ciênc.saúde coletiva, v. 18, n. 1, p. 273–280, 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SCHRAMM, J. M. D. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Curitiba**. Disponível em:

<<https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/saude-lanca-guia-de-atendimento-para-unidades-basicas/31573>>. Acesso em: 23 jan. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Plano Municipal da Saúde de Curitiba 2014-2017**. Curitiba: [s.n.].

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Relatório de gestão- 2º quadrimestre de 2015**.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Histórico da Secretaria**.

Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/historico-da-secretaria.html>>. Acesso em: 20 out. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA. **Saúde Já Curitiba**. Disponível em: <<http://www.saudeja.curitiba.pr.gov.br/>>.

SHI, L. et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health.

Health Services Research, v. 37, n. 3, p. 529–550, 2002.

SHI, L. et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA.

Journal of Epidemiology and Community Health, v. 58, n. 5, p. 374–380, 2004.

SHI, L.; MASIS, D. P.; GUANAIS, F. C. **Measurement of primary care**. [s.l: s.n.].

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The**

Journal of Family Practice, v. 50, n. 2, p. 161–175, 2001.

SILVA, P. L. B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo em**

Perspectiva, v. 17, n. 1, p. 69–85, 2003.

STARFIELD, B. M; SHI, L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. v. 60, n. 3, p. 201–218, 2002.

STARFIELD, B. What is primary care ? **The Journal of Family Practice**, v. 344, n. October, p. 1129–1133, 1994.

- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** **Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology**. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002.
- STARFIELD, B. et al. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457–502, 2005.
- STARFIELD, B. The hidden inequity in health care. **International journal for equity in health**, v. 10, n. 1, p. 15, 2011.
- STARFIELD, B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gaceta Sanitaria**, v. 26, n. SUPPL.1, p. 20–26, 2012.
- STARFIELD, B.; GÉRVAS, J.; MANGIN, D. Clinical care and health disparities. **Annual review of public health**, v. 33, n. February, p. 89–106, 2012.
- STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 02, p. 161, 2001.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Sociedade São Paulo**, v. 20, n. 4, p. 927–934, 2011.
- TEIXEIRA, M. G. et al. Vigilância em Saúde no SUS: construção, efeitos e perspectivas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1811–1818, 2018.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. d, p. 190–198, 2004.
- VARGAS, J. D. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL** **Revisão da literatura**. [s.l: s.n.].
- VASCONCELOS, L. A. B. A. et al. Carlos Chagas , sua vida e sua arte. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 3, p. 171–172, 2011.
- VIANA, ANA LUIZA D'ÁVILA; POZ, M. R. D. O Programa de Saúde da Família no Ceará. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 115, n. suplemento, p. 14225–264, 2005.
- VIOTTI, A. C. D. C. **As práticas e os saberes médicos no brasil colonial (1677-1808)**. 1^a ed. São Paulo: FAPESP, 2017.
- WANG, W. et al. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 1, p. 107, 2015a.
- WANG, W. et al. Primary care quality among different health care structures in tibet, China. **BioMed Research International**, v. 2015, 2015b.
- WHO. **World health statistics 2015**. Genebra: [s.n.].

WHO. **Health for All- The Journey to Universal Health Coverage**. York: [s.n.].

WHO DEPARTMENT OF HEALTH AND SUBSTANCE ABUSE. **DEPRESSION: A global public health concern**.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de Alma Ata**. Alma Ata: [s.n.].

Disponível em: <http://www.iasaude.pt/attachments/article/153/Declara%C3%A7%C3%A3o_Alma-Ata_setembro1978.pdf>.

6. ARTIGO 1

Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde do adulto e sua associação com determinantes sociais em Curitiba
Assessment of the quality of primary health care for adults and its association with social determinants in Curitiba

Eliane Regina da Veiga Chomatas¹, Simone Tetu Moysés², Ana Maria Cavalcanti³, Lisiane Hauser⁴, Erno Harzheim¹

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

²Escola de Ciências da Vida, PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

³Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil

⁴Consultora da Organização Pan-Americana no Ministério da Saúde, Brasil

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Neste estudo foi investigada a qualidade da APS em Curitiba, comparando serviços públicos prestados nas Unidades Básicas de Saúde e serviços privados por meio do Escore Geral da APS, obtido pela aplicação do PCATool-Adulto-Brasil-Versão Reduzida em 780 usuários de Curitiba e sua associação com determinantes sociais. Os resultados revelam que, em Curitiba, na avaliação dos usuários, a prevalência de Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$) é significativamente maior nos serviços privados (45%) em relação aos serviços públicos (20,4%). O estudo também aponta que a maior presença e extensão dos atributos da APS está associada ao aumento da idade do usuário, utilização de serviços privados e a presença de uma ou mais doenças crônicas. Na perspectiva dos usuários, o Escore Geral da APS para o serviço privado é em média 1,11 superior em relação ao escore para o serviço público, mantendo constante a doença crônica e a idade. Iniquidades são evidenciadas entre aqueles com acesso a serviços públicos e privados de saúde. Aqueles com mais necessidades em saúde e em desvantagens sociais são prioritariamente atendidos pelos serviços públicos. O estudo demonstra a necessidade da expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos serviços públicos no município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Iniquidade Social, Equidade em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care (PHC) instructs the country's public health services networks. This study examines the quality of PHC in Curitiba, by comparing public services provided in Basic Health Units and private sector healthcare. Services were evaluated by means of PHC'S

general Score, obtained as a result of the application of PCATool-Adulto-Brasil-Versão Reduzida (PCA-Tool-Adult-Brazil-Reduced Version) to 780 individuals in Curitiba, in association with their social determinants. Results indicate that, according to users' evaluation in Curitiba, the prevalence of PHC General High Score (≥ 6.6) is significantly higher in private services (45%) than in public services (20,4%). The study also suggests that the greater presence and extension of PHC attributes is associated with increases on users' age, use of private services and the presence of one or more chronic diseases. From users' perspective, when holding constant the predictors for chronic disease and age, PHC General Score for the private service is, on average, 1.11 higher than the public service score. The study indicates the need for expansion and strengthen of the city's Primary Health Care in public services.

Keywords: *Primary Health Care, Health Services Research, Social Inequity, Health Equity.*

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Para a cerca de 140 milhões de brasileiros é o único provedor de assistência à saúde¹. De forma paradoxal, com o aumento da renda da população e com a fragilidade da qualidade do sistema público, os trabalhadores, nos últimos anos, passaram a reivindicar, nas suas pautas de negociação trabalhista, a incorporação de vários benefícios, sendo um deles a vinculação das diversas categorias profissionais a sistemas privados de saúde. Isto, entre outros fatores, faz com que esse setor apresente crescimento contínuo nos últimos anos^{2,3}.

Segundo o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no SUS é ordenado pela atenção primária à saúde⁴. O Ministério da Saúde estabeleceu a Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de APS no Brasil⁵.

Cada vez mais, os estudos realizados, em diversos países, demonstram evidências da efetividade da APS e a sua contribuição na melhoria da qualidade de atenção à saúde, refletida no incremento de diversos indicadores⁶⁻¹⁴.

A qualidade da APS, segundo Starfield, pode ser medida pela presença e extensão de quatro atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade dos serviços e coordenação do cuidado, e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural¹⁵⁻¹⁹. Portanto, a organização da APS baseada no cuidado centrado em pessoas e comunidades, e não na doença, pode promover melhor saúde e a efetiva diminuição das iniquidades em saúde, principalmente para as populações mais marginalizadas²⁰⁻²².

O impacto das condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população sobre sua situação de saúde e uso de serviços de saúde tem sido pauta de discussões internacionais nos últimos anos. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), determinantes sociais de saúde são os fatores sociais, econômicos,

culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população²³.

Um grande desafio dos estudos é compreender a relação entre os determinantes sociais e a saúde, uma vez que esta não é simplesmente uma relação de causa-efeito²⁴. Um exemplo é que, embora saibamos que o volume de riqueza gerado por uma sociedade é fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, existem países que possuem um Produto Interno Bruto total ou *per capita* (PIB) superior a outros, mas que possuem indicadores de saúde mais desfavoráveis¹⁷. O estudo dessa cadeia permite identificar onde e como devem ser feitas intervenções e organizados os serviços de atenção à saúde, com o objetivo de reduzir iniquidades, isto é, onde essas intervenções podem provocar maior impacto de forma igualitária.

Curitiba, capital do estado do Paraná, situada na região sul do país, tem população estimada em 2015 de 1.879.355 habitantes²⁵, possui 110 Unidades de saúde²⁶ e segundo dados da Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde, apresentava em 2015 uma cobertura de atenção básica de 56,7% da população, com 238 equipes ESF (44% de cobertura), 167 equipes de saúde bucal (31% de cobertura) e 950 agentes comunitários de saúde (29% de cobertura)²⁷. Atualizando esses números para 2019 temos uma cobertura de APS de 48,4%, sendo 31,3% da população coberta por 174 equipes de ESF²⁸. Em 2015 os dados da Agência Nacional de Saúde (ANS) apontavam que 58,6% dos curitibanos estão vinculados a planos de saúde². Em 2019 esse percentual é de 55,1%²⁹.

Este artigo tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde do adulto no município de Curitiba, por meio da aplicação do PCATool Adulto- Brasil-Versão Reduzida aos usuários, bem como a sua associação com determinantes sociais como renda, escolaridade, ocupação, sexo, cor da pele autorreferida e idade, nos serviços públicos (UBS) e privados de saúde.

METODOLOGIA

Delineamento, local e participantes

Este estudo transversal está aninhado em pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba denominada Epicurean (EPIde miology of CURitiba: EvaluAtion of Non-communicable diseases). Foram entrevistados indivíduos moradores de quatro Distritos Sanitários de Curitiba, sendo eles usuários de serviços do Sistema Único de Saúde (UBS) ou de serviços privados³⁰.

Amostra

O plano amostral foi composto por conglomerados em três estágios. Foram selecionados domínios de quatro Distritos Sanitários de Curitiba (Matriz, Cidade Industrial de Curitiba-CIC, Boqueirão e Santa Felicidade), considerando a posição geográfica (pelo menos um Distrito representante de cada macrorregião), o perfil da população (número e distribuição por faixa etária de interesse) e as características das Unidades Municipais de Saúde do território (unidades básicas tradicionais e com ESF). Em cada domínio, foram sorteados vinte setores censitários e o ponto inicial do percurso para localização dos domicílios particulares, sendo pesquisado um indivíduo por domicílio, maior de 18 anos, sem doença aguda no dia da entrevista e com autonomia para responder o questionário e que consentiram em participar do estudo. A abordagem empregada foi caracterizada como amostragem proporcional estratificada por grupos etários de interesse. Neste estudo foram analisados três grupos etários compreendendo os intervalos de 18 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos e mais. O tamanho da amostra foi calculado com base na população estimada para grupo etário em cada Distrito Sanitário pela estimativa média da frequência de Hipertensão Arterial no Brasil, condição de saúde mais prevalente abordada no estudo, pela margem de erro aceitável (5%) e taxa de não resposta (20%), estimando uma amostra de 1161 participantes.

A amostra final da pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis incluiu 1.091 participantes, com uma taxa de resposta de 93,9%. 70 participantes não completaram a coleta de dados (45 porque não foram encontrados, 12 se recusaram a participar, 12 não responderam o PCATool-Brasil e um participante foi a óbito entre o intervalo das visitas). Neste estudo foram excluídos 311 participantes que não referiram vínculo a nenhum serviço ou se diziam vinculados a Unidades de Pronto Atendimento, urgências de hospitais ou em serviços não localizados em Curitiba. Dessa forma, foram, então, identificados 780 participantes, vinculados a serviços ambulatoriais não caracterizados como urgência (UBS ou serviços ambulatoriais privados, como consultórios médicos ou clínicas especializadas), que constituem a amostra deste estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por dez equipes de entrevistadores (alunos de graduação e pós-graduação) treinados em oficinas presenciais. As entrevistas foram realizadas em dois momentos, para preenchimento do questionário e coleta de dados antropométricos, medidas de pressão arterial e glicemia capilar em jejum. As entrevistas e as aferições foram realizadas em domicílio, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014.

Questionários

Os questionários foram compostos por perguntas baseadas em inquéritos nacionais já realizados no país abrangendo informações sobre situação socioeconômica (ocupação, escolaridade, renda familiar, estado conjugal e trabalho), condição de saúde (percepção do estado de saúde, autorrelato de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, dislipidemia, depressão, anemia e doença renal), acompanhamento e tratamento medicamentoso de condições crônicas presentes, risco para depressão (questionário *Patient Health Questionnaire – PHQ-9*³¹) e diabetes (*Finnish Diabetes Risk Score – FINDRISC*³²), comportamentos de risco para DCNT (padrão alimentar, consumo de álcool, atividade física e tabagismo), uso de serviços de saúde e do *Primary Care Assessment Tool – Adulto-Brasil, Versão Reduzida*³³.

Primary Care Assessment Tool – Adulto-Brasil, Versão Reduzida

O PCATool-Adulto-Brasil Versão Reduzida foi elaborado a partir do PCATool-Adulto-Brasil³⁴ por meio de uma reavaliação realizada via Teoria de Resposta ao Item (TRI). O PCATool-adulto-Brasil é composto por 86 itens, sendo 3 que medem a afiliação do usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos essenciais e derivados da APS: primeiro contato (acessibilidade e utilização), longitudinalidade, integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), coordenação (sistema de informação e integração do cuidado), orientação familiar e orientação comunitária. A versão reduzida adulto, elaborada e validada pelo grupo de pesquisa em atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, é constituída de 23 itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS³³. As respostas são estruturadas em uma escala Likert para cada atributo ou subdimensão, valoradas de 1 a 4 sendo 1= com certeza não, 2= provavelmente não, 3= provavelmente sim e 4 =com certeza sim,

acrescida da opção 9 = Não sei/Não lembro¹⁶. Foi calculado o Escore Geral da APS obtido por meio do valor médio dos itens, e então transformado para uma escala de 0 a 10, como se segue:

$$\text{Escore Geral da APS} = \frac{\text{escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

A qualidade da APS foi identificada como alta quando o escore geral médio resultou em valores $\geq 6,6$ e baixa quando o valor do escore geral médio foi $<$ que 6,6.

Análise estatística

Os dados foram registrados em dispositivo eletrônico (*tablet*) contendo um *software* específico para a entrada destes, com rotinas de programação que corrigiam eventuais erros na digitação de alguns parâmetros e posterior verificação de consistência de digitação

As análises foram realizadas utilizando o PAWS versão 18 e o SAS versão 9.4. Inicialmente foi realizada análise descritiva. Foram apresentadas a frequência absoluta e a frequência relativa percentual, para variáveis qualitativas, e a média e o erro-padrão, no caso de variáveis quantitativas. Em se tratando dos escores dos itens do instrumento de avaliação da APS, mostrou-se também os escores mínimo e máximo. Na avaliação das características em estudo entre tipos de serviços (público e privado), aplicou-se teste t de Student para a comparação de média em duas amostras independentes e o teste qui-quadrado para a comparação de proporções. Para observar a associação com o Escore Geral da APS, foi utilizada a metodologia da análise de regressão linear. Para isso, foram ajustados modelos univariáveis, sendo as características associadas ao Escore Geral da APS com valor-p $\leq 0,20$ eleitas para o modelo multivariável, para o qual considerou-se nível de significância 5% para a permanência no modelo final. Foram apresentados os resultados dos modelos univariáveis e do modelo final com base na estimativa pontual do coeficiente Beta e por intervalo de confiança 95%. Todas as análises levaram em conta a estrutura complexa da amostra (*clusters*). Dessa maneira, foram incorporadas correções nas estimativas de variabilidade permitindo a adequação da análise ao plano amostral.

Resultados

Em relação aos 780 usuários da amostra, 373 identificaram vínculo com um serviço público de APS (UBS) e 407 com serviços privados. Destes, 180 eram vinculados em clínicas/consultórios de clínicos gerais (44,2%), 70 em ginecologistas (17,2%), 54 em cardiologistas (13,3%), 21 em endocrinologistas (5,2%), 15 em geriatras (3,7%), 10 em ortopedistas (2,5%), 8 em urologistas (2%), 8 em gastroenterologistas (2%), 7 em neurologistas (1,7%) e 7 em psiquiatras (1,7%), além de 27 em outras especialidades (6,6%).

A Tabela 1 descreve as características da amostra total estratificada pelo uso preferencial no serviço público e privado. A média de idade encontrada foi semelhante à média da amostra total, no serviço público e no serviço privado (51 anos na amostra total e serviço público e 50 no privado). Tanto no serviço público quanto no privado a amostra apresenta um número de mulheres superior ao dos homens (70,8% e 67,3% respectivamente), maior frequência em ambos os serviços da população autorreferenciada como branca (70,2% e 86,9%), além dos que referiam ser casados ou ter parceiros (58,6% e 58%). Quanto à escolaridade, há uma diferença no perfil dos entrevistados: o serviço público apresenta maior frequência nos que possuíam até 7 anos de estudo (44,2%), enquanto o serviço privado concentra indivíduos com 15 anos ou mais de estudo (43,7%). Em relação à ocupação, a amostra apresenta padrão semelhante nos dois grupos, com prevalência de usuários que se consideravam ativos no momento da entrevista (47,9% e 42,4%). Porém, quando observada a renda familiar *per capita*, há diferença entre os dois grupos estudados: no serviço público o maior percentual está na faixa de até R\$ 666,00 (38,1%), enquanto no privado está na faixa de R\$ 2.500,00 ou mais (44,1%). A amostra apresenta também diferença significativa entre a cor da pele autorreferida nos dois grupos com maior prevalência da cor branca nos serviços privados (86,9%) do que nos serviços públicos (70,2%). No serviço público, a maioria (56,6%) autorrefere alguma doença crônica; já no serviço privado, a maior parte (52,6%) refere não apresentar nenhuma doença crônica. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes são mais autorreferidos nos usuários de serviços públicos (42,2% e 18,9%) do que no privado (26,7% e 8,4%), enquanto a depressão aparece com maior frequência nos usuários do serviço privado (26,9%) do que nos do serviço público (22%).

A Tabela 2 apresenta as características da amostra estratificada por Baixo e Alto Escore da APS na avaliação dos usuários adultos. A média de idade no Baixo Escore foi de 49 anos e no Alto Escore foi de 54 anos. Em relação aos participantes que avaliam como Alto Escore, 71,3% eram mulheres, 82,9% brancos e 60,1% casados ou com parceiros. No Baixo Escore, a

frequência do sexo feminino foi de 68%, 77% de brancos e casados ou com parceiros 57,9%. Os que possuíam de 11 a 14 anos de estudo foram os que mais avaliaram os serviços como Baixo Escore (32,9%). No Alto Escore, 32,6% possuíam 15 anos ou mais de estudo, 36,9% tinham renda domiciliar *per capita* mensal maior de R\$ 2500,00. No Alto Escore da APS, 67,8% avaliaram seu estado de saúde como muito bom ou bom e 58,4 % autorreferiam, pelo menos, uma doença crônica. Por outro lado, no Baixo Escore da APS, os valores encontrados foram de 61,6% e 48,5% respectivamente. O autorrelato de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Depressão foram mais frequentes no Alto Escore Geral da APS (38,9%, 15,5% e 29,7%) que no Baixo Escore Geral da APS (31,7%, 12,5% e 22,1%).

A Tabela 3 apresenta a descrição entre as médias dos resultados dos itens do PCATool-Brasil versão reduzida e o tipo de serviço preferencial, público ou privado. Ela aponta que a média dos resultados obtidos são melhores nos serviços privados em todos os itens relacionados aos atributos de Acesso ao Primeiro Contato-Utilização, Acesso ao Primeiro Contato-Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação-Sistema de Informação, Integralidade-Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária e em um dos quatro itens que abordam Integralidade- Serviços Disponíveis. A média dos resultados obtidos é melhor nos serviços públicos em dois dos quatro itens que se relacionam à Coordenação — Integração de Cuidados e em três dos quatro itens que se referem à Integralidade dos Serviços Disponíveis.

A Tabela 4 mostra a presença e extensão dos atributos da APS considerando o Escore Geral da APS e o tipo preferencial de serviço utilizado pelo usuário. Os resultados apontam para uma associação entre Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$) e o serviço privado (45%).

Os resultados dos modelos univariável e multivariável na análise dos fatores preditores do Escore Geral da APS são apresentados na Tabela 5. O modelo univariável aponta para a associação do aumento da idade, se autorreferir de cor branca, ser aposentado, ter maior renda, utilizar serviço privado, ter alguma doença crônica e ter plano de saúde com Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$). No modelo multivariável, o resultado evidencia associação entre o aumento da idade, utilização do serviço privado e a presença de, pelo menos, uma doença crônica com Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$). Na perspectiva dos usuários, o Escore Geral da APS para o serviço privado é, em média, 1,11 superior em relação ao escore para o serviço público, mantendo constante a doença crônica e a idade.

Discussão

Os resultados deste estudo revelam maior presença e extensão dos atributos da APS nos serviços privados em Curitiba por meio do uso do instrumento PCATool-Adulto-Brasil Versão Reduzida³³.

O PCATool tem sido utilizado como instrumento para avaliar a presença e extensão dos atributos em diferentes modelos de organização da APS em vários locais do mundo^{35,36}. É um bom método para medir a presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde. Esse achado principal serve de alerta para que o sistema público brasileiro reveja suas políticas a fim de alcançar uma APS Forte. Curitiba, sem dúvida, é uma cidade em que o desenvolvimento do sistema de saúde público nacional atingiu grande expressão, o que torna o resultado principal ainda mais importante.

Uma revisão sistemática da literatura, comparando o desempenho de sistemas públicos e privados em países de baixa e média renda, concluiu que o sistema privado não é mais eficiente ou resolutivo que o público. Entretanto, essa mesma revisão concluiu que o setor público aponta para lacunas em relação ao tempo de espera para consultas e exames e humanização do atendimento³⁷.

Dobova e colaboradores³⁸ realizaram um estudo sobre a experiência e percepção dos usuários sobre a atenção primária em quatro países da América Latina (Brasil, Colômbia, México e El Salvador). De acordo com este estudo, no Brasil a percepção de qualidade está relacionada com a idade e a escolaridade dos usuários, mas que o fato dos usuários terem ou não seguro-saúde não se associa à maior qualidade em nenhum país. Este estudo aponta que as maiores lacunas nesses países, para melhorar a percepção da qualidade do cuidado, são as dificuldades relativas à comunicação do sistema com as clínicas de atenção primária, à coordenação do cuidado e à informação de como obter um estilo de vida saudável. Berendes e colaboradores³⁹, por meio de uma revisão sistemática, analisaram a qualidade da assistência médica em serviços públicos e privados de atenção primária em países de baixa e média renda, e encontraram baixa qualidade nos dois setores estudados ao longo de diferentes dimensões, com a competência sendo similar em ambos, mas sendo o setor privado mais centrado no paciente.

Yavich⁴⁰ comparou a atenção primária à saúde nos serviços públicos, seguro-social para trabalhadores e serviços privados na cidade de Rosário na Argentina concluindo que o seguro-social para trabalhadores demonstra melhor performance na acessibilidade e continuidade do cuidado que os serviços públicos. A autora aponta que isto é fruto de mecanismos contratuais

presentes nesse tipo de serviço, incluindo incentivos econômicos para promover acesso oportuno. Por meio de auditoria e função de *gate-keeping*, eles estimulam a continuidade e o uso apropriado do serviço. Em contrapartida, nos serviços públicos, ela encontrou fragilidade no acesso e na continuidade do cuidado. A lacuna de mecanismos, para regular e monitorar o uso e para coordenar o processo de cuidado, está associada, segundo a autora, ao excesso de prescrição e comprometimento da qualidade técnica. A ausência de provedores de saúde que se responsabilizem para um cuidado centrado no paciente no serviço público promove um padrão de consultas voltadas para cuidado agudo, com alto uso de emergências e serviços especializados, os quais, geralmente, aumentam os custos e a ineficácia do sistema.

No Brasil são poucos os estudos comparando APS em serviços públicos e privados. Um estudo realizado no Município de Belo Horizonte contrapõe o uso de serviços de saúde por pessoas com diabetes cobertas por plano privado com diabéticos que são usuários do Sistema Único de Saúde de Unidades Tradicionais e com ESF. Nessa pesquisa, os resultados apontam que, em referência à utilização dos serviços, não houve diferença entre a população assistida por ESF e planos privados. Em relação aos indicadores de qualidade baseados nos atributos da atenção primária, no entanto, os afiliados aos planos privados apresentaram melhor desempenho na percepção dos usuários, mesmo após ajuste por idade, sexo e escolaridade. Esse estudo aponta que usuários exclusivos do SUS são 60% mais propensos a terem dificuldade para obtenção de consultas em comparação aos seus pares afiliados a plano privado de saúde. Os atributos da integralidade, da longitudinalidade e do foco familiar apresentaram pior desempenho entre usuários exclusivos do SUS residentes em áreas cobertas pela ESF em comparação aos que são afiliados a plano privado de saúde, mas essa diferença não foi significativa quando comparada a UBS tradicionais⁴¹.

Macinko e Costa⁴² analisaram dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) 2008, com uma amostra de 264.754 adultos, comparando aqueles que não apontavam vínculo com nenhuma ESF, categorizados como “nenhuma”, os que referiam vínculo com ESF e aqueles com plano privado. Os resultados dessa análise apontam que aqueles que se inscreveram na ESF têm maior probabilidade de ter consultado um médico do que aqueles da categoria "nenhuma", mas são menos prováveis do que aqueles com um plano de saúde privado. Cerca de 80% dos entrevistados disseram estar muito satisfeitos com a qualidade dos cuidados de saúde recebidos nas últimas duas semanas. Essa proporção alcançou ou excedeu 90% entre os detentores de planos privados de saúde e foi maior do que entre os inscritos na ESF e aqueles que não tinham planos de saúde privados e nem cobertura da ESF. Mesmo com metodologias

distintas, esses dois últimos estudos citados^{41,42} e o estudo atual apontam para uma maior qualidade da APS entre prestadores privados quando comparados com prestadores públicos.

Vários estudos e revisões que utilizam o instrumento PCATool, nas versões adulto (original ou reduzida), infantil ou profissionais, aplicado em usuários ou profissionais do Sistema Único de Saúde, encontraram baixo Escore no atributo Acesso ao Primeiro Contato, principalmente na dimensão acessibilidade, evidenciando a fragilidade desse atributo na APS brasileira⁴³⁻⁵². Nosso estudo também encontrou valores baixos na média dos itens referentes a esse atributo, principalmente nos serviços públicos.

A baixa cobertura de APS (55,9%) e ESF (40%), no município de Curitiba, gera uma desproporção entre o quantitativo populacional e o número de profissionais de referência em cada Unidade Básica de Saúde, o que contribui para a dificuldade de acesso. Associado a esse fator, a indisponibilidade de contato dos usuários com os profissionais da UBS fora do horário de atendimento destas justifica as médias inferiores obtidas no serviço público nos itens referentes ao Primeiro Contato, Longitudinalidade e Integralidade Serviços Prestados, levando a uma menor prevalência do Alto Escore Geral na APS nesse segmento de serviço.

Outra discussão importante se dá quando observamos as características da amostra que apresenta diferenças significativas entre os usuários do serviço público e privado. A maior prevalência no serviço privado de indivíduos de cor branca, com maior escolaridade, renda, que estão em atividades produtivas, que se autorreferem com estado de saúde muito bom ou bom, com menor prevalência de autorreferir alguma doença crônica e de se autorreferir como hipertensos ou diabéticos, apontam iniquidades em saúde. Isso coincide com resultados de estudo realizado em Belo Horizonte, que compara os diversos tipos de serviços em que o nível de escolaridade e o escore de bens domiciliares e autoavaliação do estado de saúde diferiram, significativamente, entre os tipos de serviços analisados, com melhor situação entre os afiliados a plano privados de saúde do que em serviços públicos (ESF e UBS tradicionais) e naqueles que não são vinculados a nenhum serviço^{53,54}.

Nossos resultados, quando somados aos resultados de um Alto Escore Geral da APS superior no serviço privado do que no serviço público, nos levam a refletir sobre a equidade em saúde. Aqueles com mais necessidades em saúde e em desvantagens sociais deveriam receber mais cuidado como forma de diminuir as iniquidades, mas nosso estudo aponta maior presença e extensão dos atributos da APS no grupo mais favorecido socialmente e com menor carga de doenças crônicas. Esse fato torna premente uma mudança importante na condução do nosso sistema público de saúde, guiada por evidências de contratualização e centralização nas pessoas como as descritas nos artigos supracitados^{37,39-42,53,54}.

Podemos destacar a importância da APS nesse processo, pois, segundo Starfield, diferenças na saúde entre pobres e menos pobres são maiores para a gravidade do que para incidência, pelo menos em alguns países. Quando os serviços de saúde são eficazes e direcionados para a detecção e prevenção da progressão da doença, há considerável impacto na redução das iniquidades na gravidade da doença, enquanto as ações fora do setor saúde são suscetíveis a um impacto relativamente maior na prevalência da doença⁵⁵.

Essa mesma autora aponta que as características fundamentais da APS devem ser estabelecidas: cobertura financeira universal, regulação dos serviços pelo governo, distribuição de recursos de maneira equitativa e serviços de APS com co-pagamentos baixos ou nulos. Todos esses fatores em combinação produzem uma melhor Atenção Primária à Saúde, com maior acesso e uso de primeiro contato, maior cuidado centrado na pessoa ao longo do tempo, maior alcance de serviços disponíveis e fornecidos quando necessário e também a coordenação de atendimento⁷.

Limitações do Estudo

Como limitação do estudo, apontamos a comparação da atenção primária encontrada nos serviços públicos UBS (ESF ou UBS tradicional) com os serviços privados, que, na sua grande maioria, foi composta de atendimentos especializados. Esse cenário, no entanto, representa a atual situação no país em que os usuários dos serviços privados procuram espontaneamente esses locais como porta de entrada ao serviço de saúde e se vinculam a profissionais especialistas.

Conclusão

Muitos avanços foram conquistados com base na incorporação da saúde como um direito constitucional e da implantação do Sistema Único no Brasil e em Curitiba.

Este estudo demonstra a necessidade da expansão e do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no município. Analisar os atributos da APS e entender por que o Acesso ao Primeiro Contato-Utilização, Acesso ao Primeiro Contato-Acessibilidade, Longitudinalidade, Coordenação-Sistema de Informação, Integralidade-Serviços Prestados, Orientação Familiar e Orientação Comunitária estão mais presentes nos serviços privados permite profunda reflexão e aponta para possibilidades de mudança.

Aumentar a cobertura com a implantação de mais equipes e expandir o horário dos serviços de APS é fundamental para melhorar o acesso e o desempenho do sistema de saúde em Curitiba. A expansão do número de equipes de Estratégia de Saúde da Família poderá contribuir para o melhoria da longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária uma vez que vários estudos indicam maior presença e extensão dos atributos da APS nesse modelo^{49,56,57}.

Outra estratégia é rever os contratos internos das equipes de saúde com a gestão municipal, direcionando o pagamento de incentivos para os profissionais que promovam processos que garantam maior acesso e contato com usuários e voltados para a expansão da carteira de serviços disponibilizados na atenção primária.

Ampliar o acesso e a capacidade resolutiva das unidades de saúde pode fazer com que o usuário realmente reconheça a APS como ponto preferencial da sua atenção à saúde.

Conflito de interesses

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Instituições Financiadoras

Este estudo foi realizado em conjunto com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil) e a pesquisa foi financiada por um acordo (BR / LOA / 1200096.001) entre a Associação de Cultura (Curitiba, Paraná, Brasil) e OPAS / OMS (Washington, DC, Estados Unidos).

Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, pela realização do Doutorado.

À OPAS/OMS e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo apoio logístico e oferta de campo de pesquisa. Aos alunos do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdade Evangélica do Paraná, pela cooperação no trabalho de campo.

Tabela 1. Características da amostra total e estratificada dos usuários adultos, pelo uso preferencial da APS nos serviços públicos (UBS) ou privados, Curitiba, 2013-2014

Características	Amostra Geral (n = 780)	Tipo do Serviço preferencial		p-valor [#]
		Público [373]	Privado [407]	
	Média (ep) ou n (%)	Média (ep) ou n (%)	Média (ep) ou n (%)	
Idade (em anos)	51 (0,8)	51 (1,0)	50 (1,2)	0,412 ^{&}
Sexo				
Masculino	242 (31,0%)	109 (29,2%)	133 (32,7%)	0,329
Feminino	538 (69,0%)	264 (70,8%)	274 (67,3%)	
Cor da pele				
Branca	614 (78,9%)	261 (70,2%)	353 (86,9%)	<0,001
Não Branca	164 (21,1%)	111 (29,8%)	53 (13,1%)	
Estado civil				
Casado	457 (58,6%)	217 (58,0%)	240 (59,0%)	0,823
Outros	323 (41,4%)	156 (41,8%)	167 (41,0%)	
Escolaridade				
Até 7 anos de estudo	200 (25,6%)	165 (44,2%)	35 (8,6%)	<0,001
De 8 até 10 anos	119 (15,3%)	72 (19,3%)	47 (11,5%)	
De 11 até 14 anos	257 (32,9%)	110 (29,5%)	147(36,1%)	
15 anos ou mais	204 (26,2%)	26 (7,0%)	178(43,7%)	
Ocupação				
Ativo	374 (47,9%)	158 (42,4%)	216 (53,1%)	0,011
Aposentado	191 (24,5%)	109 (29,2%)	82 (20,1%)	
Sem atividade	215 (27,6%)	106 (28,4%)	109 (26,8%)	
Renda familiar per capita				
Até R\$ 666,00	171 (23,3%)	131 (38,1%)	40 (10,3%)	<0,001
De R\$ 667,00 até R\$ 1249,00	183 (24,9%)	117 (34,0%)	66 (16,9%)	
De R\$ 1249,00,00 até R\$ 2499,00	183 (24,9%)	71 (20,6%)	112 (28,7%)	
R\$ 2500,00 ou mais	197 (25,3%)	25 (7,3%)	172 (44,1%)	
Classificação estado de saúde				
Muito bom/Bom	497 (63,7%)	193 (51,7%)	304 (74,7%)	<0,001

Regular/Ruim/Muito ruim	283 (36,3%)	180 (48,3%)	103 (25,3%)	
Possui Plano de Saúde				
Sim	381	34 (9,1%)	347 (85,3%)	<0,001
Não	399	339 (90,9%)	60 (14,7%)	
Possui alguma doença crônica*				
Sim	400 (51,8%)	210 (56,6%)	190 (46,7%)	0,018
Não	372 (48,2%)	161 (43,4%)	211 (52,6%)	
Hipertensão				
Sim	266 (34,2%)	158 (42,2%)	108 (26,7%)	<0,001
Não	511 (65,8%)	215 (57,6%)	296 (73,3%)	
Diabetes				
Sim	103 (13,4%)	69 (18,9%)	34 (8,4%)	<0,001
Não	665 (86,6%)	296 (81,1%)	369 (91,6%)	
Depressão				
Sim	191 (24,6%)	82 (22,0%)	109 (26,9%)	0,151
Não	586 (75,4%)	290 (78,0%)	296 (73,1%)	

* Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus ou Depressão

Associado a estatística de teste Qui-Quadrado

& Associado a estatística de teste t de Student

Tabela 2. Características da amostra estratificada por Baixo e Alto Escore Geral da APS, pelo uso preferencial dos serviços públicos ou privados, dos usuários adultos, Curitiba, 2013-2014.

Características	Escore Geral da APS		p-valor [#]
	Baixo (< 6,6) [n=516]	Alto (>=6,6) [n=258]	
	Média (ep) ou n (%)	Média (ep) ou n (%)	
Idade (em anos)	49 (17,5)	54 (17,9)	,008 ^{&}
Sexo			
Masculino	165 (32%)	74 (28,7%)	,375
Feminino	351 (68%)	184 (71,3%)	
Cor da pele			
Branca	396 (77%)	214 (82,9%)	,075
Não Branca	118 (23%)	44 (17,1%)	

Estado civil			
Casado	299 (57,9%)	155 (60,1%)	,586
Outros	217 (42,1%)	103 (39,9%)	
Escolaridade			
Até 7 anos de estudo	145 (28,1%)	54 (20,9%)	
De 8 até 10 anos	82 (15,9%)	37 (14,3%)	,056
De 11 até 14 anos	170 (32,9%)	83(32,2%)	
15 anos ou mais	119 (23,1%)	84(32,6%)	
Ocupação			
Ativo	254 (49,2%)	117 (45,3%)	
Aposentado	117 (22,7%)	72 (27,9%)	,369
Sem atividade	145 (28,1%)	69 (26,7%)	
Renda domiciliar per capita mensal			
Até R\$ 666,00	133 (27,3%)	38 (15,6%)	
De R\$ 667,00 até R\$ 1249,00	132 (27,1%)	50 (20,5%)	,000
De R\$ 1249,00,00 até R\$ 2499,00	116 (23,9%)	66 (27%)	
R\$ 2500,00 ou mais	106 (23,9%)	90 (36,9%)	
Classificação estado de saúde			
Muito bom/Bom	318 (61,6%)	175 (67,8%)	,127
Regular/Ruim/Muito ruim	198 (38,4%)	83 (32,2%)	
Possui ao menos uma doença crônica*			
Sim	247 (48,5%)	150 (58,4%)	,011
Não	262 (51,5%)	107 (41,6%)	
Hipertensão			
Sim	163 (31,7%)	100 (38,9%)	,060
Não	351 (68,3%)	157 (61,1%)	
Diabetes			
Sim	63 (12,5%)	40 (15,5%)	,373
Não	441 (87,5%)	218 (84,5%)	
Depressão			
Sim	114 (22,1%)	76 (29,7%)	,019
Não	401 (77,9%)	180 (70,3%)	

* Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus ou Depressão

Associado a estatística de teste Qui-Quadrado

& Associado a estatística de teste t de Student

Tabela 3. Descrição da média dos resultados dos itens do PCAToll-adulto_Brasil versão reduzida e o tipo de serviço preferencial

	n	Serviço								
		Público				Privado				
		Média	Erro-padrão	Mínimo	Máximo	n	Média	Erro-padrão	Mínimo	Máximo
Escore de Afiliação	373	4,2	0,3	0,0	10,0	407	5,3	0,2	0,0	10,0
B2 Quando você tem um novo problema de saúde você vai ao seu médico ou serviço de saúde ou entra em contato com eles antes de procurar outro médico ou serviço?	373	6,2	0,4	0,0	10,0	407	6,7	0,3	0,0	10,0
C5 Quando o seu médico ou serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	373	1,8	0,2	0,0	10,0	407	5,9	0,2	0,0	10,0
C11 É difícil para você conseguir atendimento com seu médico ou serviço de saúde quando pensa que é necessário?	373	4,4	0,2	0,0	10,0	407	3,1	0,2	0,0	10,0
D1 Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	373	4,5	0,2	0,0	10,0	407	7,0	0,2	0,0	10,0
D6 Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	373	8,0	0,2	0,0	10,0	407	8,9	0,2	0,0	10,0
D9 O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	373	6,9	0,2	0,0	10,0	407	8,5	0,2	0,0	10,0
D14 Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	373	5,0	0,2	0,0	10,0	407	3,3	0,2	0,0	10,0
E2 O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	163	7,8	0,4	0,0	10,0	204	6,3	0,4	0,0	10,0
E6 O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	163	5,8	0,4	0,0	10,0	204	5,1	0,4	0,0	10,0
E7 O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	163	5,8	0,4	0,0	10,0	204	6,7	0,3	0,0	10,0
E9 O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	163	4,9	0,4	0,0	10,0	204	6,4	0,4	0,0	10,0
F2 Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	373	8,2	0,2	0,0	10,0	407	8,6	0,2	0,0	10,0
G8 Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas e ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	373	4,2	0,4	0,0	10,0	407	3,1	0,3	0,0	10,0
G9 Aconselhamento para problemas de saúde mental	373	3,1	0,3	0,0	10,0	407	2,9	0,3	0,0	10,0
G20 Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	373	3,9	0,3	0,0	10,0	407	3,8	0,3	0,0	10,0
H1 Conselhos sobre alimentação saudável	373	6,3	0,2	0,0	10,0	407	7,6	0,2	0,0	10,0
H5 Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	373	6,3	0,2	0,0	10,0	407	7,7	0,2	0,0	10,0
H7 Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	373	6,5	0,3	0,0	10,0	407	8,2	0,2	0,0	10,0
H11 Como prevenir quedas	373	2,3	0,2	0,0	10,0	407	2,7	0,3	0,0	10,0
I1 O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	373	3,8	0,2	0,0	10,0	407	5,9	0,3	0,0	10,0
I3 O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	373	5,2	0,2	0,0	10,0	407	7,4	0,2	0,0	10,0
J4 Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	373	2,5	0,3	0,0	10,0	407	3,0	0,3	0,0	10,0

Tabela 4. Associação entre o tipo de serviço preferencial na avaliação de usuários adultos e o Escore Geral da APS, Curitiba, 2013-2014

Tipo do serviço preferencial	Escore Geral da APS		Valor-p [#]
	Baixo (< 6,6) [n=516]	Alto (≥6,6) [n=258]	
	n (%)	n (%)	
Público [n=367]	292 (79,6%)	75 (20,4%)	
Privado [n=407]	224 (55%)	183 (45%)	<0,0001

#Associado a estatística de teste Qui-Quadrado

Tabela 5. Associação* entre preditores e o Escore Geral da APS na avaliação de usuários adultos da APS, Curitiba, 2013-2014.

Característica	Modelo univariável		Modelo multivariável	
	Beta (IC 95%)	Valor-p [#]	Beta (IC 95%)	Valor-p [#]
Idade	0,02 (0,01;0,03)	<.0,0001	0,02 (0,01; 0,03)	<0,0001
Cor da pele				
Branca	0,34 (0,03; 0,64)	0,0317		
Não Branca				
Estado civil				
Casado	0,21 (-0,04; 0,46)	0,0982		
Outros				
Sexo				
Feminino	0,20 (-0,07; 0,46)	0,1448		
Masculino				
Escolaridade				
Até 7 anos de estudo	-0,35 (-0,71; 0,02)	0,0622		
De 8 até 10 anos	-0,26 (-0,66; 0,15)	0,2150		
De 11 até 14 anos	-0,14(-0,47; 0,19)	0,3897		
15 anos ou mais de estudo				
Ocupação				
Ativo	-0,40 (-0,71; -0,10)	0,0095		
Sem atividade	-0,42 (-0,76; -0,08)	0,0152		
Aposentado				

Renda domiciliar per capita

Até R\$ 666,00	-0,78 (-1,15; -0,41)	<0,0001
R\$ 667,00 até R\$ 1249,00	-0,54 (-0,90; -0,17)	0,0036
R\$ 1250,00 até R\$ 2499,00	-0,36 (-0,71; -0,01)	0,0461
R\$ 2500,00 ou mais		

Serviço

Privado	1,01 (0,75; 1,26)	<0,0001	1,11 (0,86; 1,36)	<0,0001
Público				

Classificação do estado de saúde

Muito bom/Bom	0,08 (-0,17; 0,35)
Regular/Ruim/Muito ruim	

Presença de doença crônica*

Ao menos uma doença crônica	0,45 (0,21; 0,70)	0,0003	0,30 (0,04; 0,55)	<0,0001
Nenhuma doença crônica				

Plano de Saúde

Sim	0,94 (0,69; 1,19)	<0,0001
Não		

*Diabetes, hipertensão ou depressão

Associado à análise de regressão linear

Referências

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde : resultados e desafios. *Estud Avançados*. 2013;27(78):27–34.
2. ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://www.ans.gov.br/>
3. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil:atores, processos e trajetórias. 1ª Reimpre. FIOCRUZ, editor. Rio de Janeiro: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ; 2011. 545 p.
4. Presidência da República. Decreto 7508/2011 [Internet]. Brasil: Decreto; 2011. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm
5. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação N° 2- Anexo XXII [Internet]. Ministério da Saúde. 2017 [cited 2018 Jan 8]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
6. Starfield B, Shi L, Macinko J, Milbank Q. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.

7. Starfield B. Primary care : an increasingly important contributor to effectiveness , equity , and efficiency of health services . SESPAS report 2012. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2012;26:20–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
8. Wang W, Shi L, Yin A, Mao Z, Maitland E, Nicholas S, et al. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. *Int J Equity Health*. International Journal for Equity in Health; 2015;14(1):107.
9. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(5):374–80.
10. Schoen C. Reducing income-related inequalities in care and health: insights from Israel. *Isr J Health Policy Res. Israel Journal of Health Policy Research*; 2015;4(1):39.
11. Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug*. 2011;27(3):187–9.
12. OMS. APS Agora Mais Que Nunca- Relatório Mundial de Saúde- 2008 The world health report 2008 : primary health care now more than ever. 1 edição. WHO, editor. Genebra: WHO; 2008. 156 p.
13. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2):104–12.
14. Macinko J, Guanais FC. Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries. *Int J Qual Heal Care*. 2015;27(October):mzv074.
15. Shi L, Masis DP, Guanais FC. Measurement of primary care-Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool [Internet]. WASHINGTON; 2012. Available from: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5854/Measurement of Primary Care- The Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5854/Measurement%20of%20Primary%20Care-%20The%20Johns%20Hopkins%20Primary%20Care%20Assessment%20Tool.pdf)
16. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(2):161–75.
17. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. UNESCO, editor. UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO; 2002. 726 p.
18. Starfield B. What is primary care ? *J Fam Pract*. 1994;344(October):1129–33.
19. Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(02):161.
20. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. BioMed Central Ltd; 2011;10(1):15.
21. Starfield B, Gervas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33(February):89–106.
22. Institute Of Medicine. Unequal Treatment. National Academies Press; 2002. 193–196 p.
23. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS Rev Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, 17(1)77-93. 2007;17(1):77–93.
24. Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging Inequity Trought Health Systems - Final Report. Knowledge Network on Health Systems. [Internet]. Londres; 2007. Available from: https://www.who.int/social_determinants/resources/csdc_media/hskn_final_2007_en.pdf
25. IBGE. Cidades. 2015.
26. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Relatório de gestão- 2º quadrimestre de 2015. 2015. p. 207.
27. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. 2016.

28. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica- Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/>
29. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Dados gerais [Internet]. ANS. 2020. Available from: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
30. Cavalcanti AM, Kusma S, Chomatas ER, Ignácio SA, Mendes E, Moysés S, et al. Noncommunicable diseases and their common risk factors in Curitiba, Brazil: results of a cross-sectional, population-based study. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;1–10. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34982>
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001;16:606–13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x/full>
32. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score. *World Health* [Internet]. 2003;26(3):725–31. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/725.abstract>
33. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL : uma versão reduzida. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2013;8(29):256–63.
34. Harzheim E, Oliveira MMC de, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde : PCATool-Brasil adultos Validation of the Primary Care Assessment Tool : PCATool-Brazil for adults Introdução Em busca da construção de um sistema nacional de saúde e do fortalecimento dos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274–84.
35. Wang HHX, Wong SYS, Wong MCS, Wei XL, Wang JJ, Li DKT, et al. Patients' Experience in Different Models of Community Health Centers in Southern China. *Ann Fam Med*. 2013;11(6):517–26.
36. Wei X, Yin J, Wong SYS, Griffilitbs SM, Zou G, Shi L. Private ownership of primary care providers associated with patient perceived quality of care. *Medicine (Baltimore)*. 2017;1.
37. Basu S, Andrews J, Kishore SP, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *PLOS Med* [Internet]. 2012; Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001244>
38. Doubova S V, Guanais FC, Pérez-Cuevas R, Canning D, Macinko J, Reich MR. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy Plan*. 2016;31(7):834–43.
39. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies. *PLOS Med* [Internet]. 2011; Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000433>
40. Yavich N, Báscolo EP, Haggerty JL. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Fam Pract*. 2016;33(3):249–60.
41. Silva S de S, Mambrini JV de M, Turci MA, Macinko J, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016;32(10). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00014615.pdf>

42. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Heal*. 2012;17(1):36–42.
43. Prates ML, Machado JC, Silva LS da, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET de, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1881–93.
44. Bulgarelli PT, Bulgarelli AF, Santos CM dos, Hilgert JB, Soares RR, Hugo FN. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. *Tempus, actas de saúde coletiva*. 2018;11(3):216–31.
45. Justo CM, Duque AM, Lopes QS, Carvalho ES de, Moreno ACC, Silva RS, et al. Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: A visão de usuários e profissionais. *Rev Saúde Coletiva UEFS*. 2017;7(1):16–23.
46. Penso JM, Périco E, Oliveira MMC de, Strohsschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2017;12(39):1–9.
47. Araújo LUA, Gama ZA da S, Nascimento FLA do, Oli. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet*. 2014;19(8):3521–32.
48. Lima E de FA, Sousa AI, Primo CC, Leite FMC, Lima R de CD, Maciel ELN. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(3):553–9.
49. Harzheim E, Pinto LF da S, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1399–408.
50. Paula WKAS de, Samico IC, Caminha M de FC, Filho MB, Silva SL da. Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016;50(2):335–45.
51. D'Avila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Toll (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):855–65.
52. Araujo JP, Vieira CS, Oliveira BRG de O, Gaiva MA, Rodrigues RM. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da Criança. *Rev Bras Enferm*. 2018;7:1447–54.
53. Lima-costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção : indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte , Minas Gerais , Brasil A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare : utilization a. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1370–80.
54. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, MacInko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Heal Bull New York Acad Med*. 2010;87(6):994–1006.
55. Starfield B. State of the Art in Research on Equity in Health. *J Health Polit Policy Law*. 2006;31(1):11–32.
56. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo Comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]*. 2016;11(38):1–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252)
57. Chomatas E. Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na Rede Básica de Saúde no Município de Curitiba, no Ano de 2008. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

7. ARTIGO 2

Qualidade do cuidado de condições crônicas nos serviços públicos e privados, em Curitiba

Quality of care for chronic conditions in public and private services in Curitiba

Eliane Regina da Veiga Chomatas¹, Simone Tetu Moysés², Ana Maria Cavalcanti³, Lisiane Hauser⁴, Erno Harzheim¹

¹Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

²Escola de Ciências da Vida, PUCPR, Curitiba, Paraná, Brasil

³Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil

⁴Consultora da Organização Pan-Americana no Ministério da Saúde, Brasil

RESUMO

As condições crônicas são definidas como problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Estima-se que 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento, em 2020, deve advir das condições crônicas. A atenção primária à saúde é a ordenadora das redes de atenção e uma das principais estratégias para o enfrentamento das condições crônicas no mundo. Neste estudo, foi investigada a qualidade da atenção prestada à usuários de serviços de saúde que autorreferem condições crônicas (hipertensão, diabetes e depressão) e naqueles que não autorreferem esses agravos (hígidos). A qualidade foi avaliada por meio de um Escore do Cuidado construído com base em respostas de entrevistas feitas com usuários vinculados a serviços públicos e privados, como uma medida resumo das atividades/conduas baseadas em evidências. Os resultados apontam que o Escore de Cuidado nos serviços privados foi significativamente maior que nos serviços públicos entre usuários que autorreferenciam Hipertensão Arterial (5,3 no público e 5,8 no privado, p-valor 0,005), Diabetes mellitus (5,0 no público e 6,0 no privado, p-valor < 0,001) e naqueles que não autorreferem as condições crônicas abordadas, aqui denominados de Hígidos (5,3 no público e 5,7 no privado, p-valor <0,006). No entanto, o valor médio dos escores obtidos, tanto no serviço público como no privado, foi baixo, evidenciando a necessidade de aprimoramento das ações voltadas às mudanças de estilo de vida e monitoramento desses usuários em ambos os serviços.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde, Avaliação de serviços, Pesquisa de serviço de saúde, Condição crônica

ABSTRACT

Chronic diseases are defined as health conditions that require continuous care throughout years or decades. In 2020, about 80% of the global burden of health conditions in the developing world will derive from chronic conditions. Primary Health care is the basis for all

health networks (Redes de Atenção à Saúde - RAS) and one of the main strategies for the management of chronic conditions around the globe. This study investigates healthcare quality in accordance to individuals perceptions, drawing a comparison between persons with self-referenced chronic conditions (hypertension, diabetes and depression) and those who did not indicate those conditions (higid). Quality was assessed by a Care Score constructed from interview responses with users linked to public and private health services, as a summary measurement of evidence-based activities / behaviours. Results indicate that the Care Score on private health services was significantly higher than on public services among users that self-referenced Hypertension (5.3 on public, 5.8 on private, p-value 0.005), Diabetes Mellitus (5.0 on public, 6,0 on private, p-value < 0.001) and among those who did not indicate any of the above mentioned chronic diseases — higid individuals (5.3 on public, 5.7 on private care, p-value < 0.006). The low Care Score average values obtained in both public and private services highlight the need for improvement on actions aimed at lifestyle changes and management of these users' conditions in both services.

Keywords: *Primary Health Care, Service Evaluation, Health Service Research, Chronic Condition.*

INTRODUÇÃO

O Brasil convive com uma tripla carga de doenças. As doenças infecciosas persistem, somadas ao aumento das causas externas e, também, da prevalência das doenças crônicas-degenerativas. As mudanças no estilo de vida da população repercutem no perfil nutricional, o que se traduz no aumento expressivo da obesidade. Esse conjunto de fatores faz com que a transição epidemiológica no país assuma características diferentes do ocorrido em países desenvolvidos^{1,2}.

A hipertensão arterial é responsável por 8 milhões de mortes por ano no mundo (13,5% de todas as mortes), das quais 6,22 milhões ocorrem em países de renda baixa e média, e 1,39 milhões em países de renda alta³.

O diabetes mellitus afeta mais de 425 milhões de pessoas no mundo, sendo que um terço delas possui mais de 65 anos, e seu crescimento também é maior nas cidades de países de baixa e média renda. O diabetes e suas complicações respondem no mundo por 4 milhões de mortes por ano⁴.

A depressão é também uma doença crônica frequente e estima-se que mais de 300 milhões de pessoas no mundo convivem com a doença. Quando de longa duração e intensidade moderada ou grave, a doença pode causar um grande sofrimento e alterar as atividades laborais, escolares e familiares⁵.

Schmidt *et al.*⁶ apontam que as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil tornaram-se a principal prioridade na saúde pública, respondendo por 72% das mortes em 2007

e a maior fonte da carga de doenças no país, sendo essa morbimortalidade prevalente na população mais pobre.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013⁷, a prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais, que referiam diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil, era de 21,4%, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas, sendo mais frequente nas mulheres (24,2%) que nos homens (18,3%), variando conforme a idade — desde 2,8% naqueles entre 18 a 29 anos até 75% entre as pessoas com mais de 75 anos. Essa mesma pesquisa estimou que 6,2 % dos brasileiros acima de 18 anos referiam diagnóstico de diabetes, o que equivale a 9,1 milhões de pessoas. As mulheres apresentaram maior prevalência (7%) do que os homens (5,4%). Em relação aos grupos etários, assim como na hipertensão, quanto mais idade maior a prevalência, de 0,6% no grupo de 18 a 29 anos a 19,9% no grupo de 65 a 74 anos. Os dados apontam que 7,6% dos brasileiros referiam diagnóstico de depressão, com maior prevalência em mulheres (10,9%) do que em homens (3,9%). A faixa etária com maior prevalência foi a de 60 a 64 anos de idade (11,1%), enquanto a menor prevalência foi observada na de 18 a 29 anos de idade (3,9%)⁶.

Segundo o Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022⁷, uma das estratégias dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁹, a Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Intervenções no estilo de vida, como cessação do tabagismo, diminuição da ingestão de álcool, atividade física estruturada, alimentação saudável e controle do peso, são algumas das medidas recomendadas como terapia anti-hipertensiva para todos os estágios de hipertensão. Além disso, a diretriz também recomenda a realização em pacientes hipertensos, como rotina anualmente, os exames: análise de urina, potássio plasmático, glicemia de jejum, ritmo de filtração glomerular estimado, creatinina plasmática, Colesterol total, HDL-C e triglicérides plasmáticos e eletrocardiograma convencional. A meta recomendada para Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA estágio 3 é de 140 x 90 mmHg, sendo esta mesma meta adotada no Caderno de Atenção Básica Nº 37 do Ministério da Saúde^{8,9}.

Em 2017, o Colégio Americano de Cardiologia apontou para novos parâmetros de Hipertensão arterial, considerando como hipertensos todos os indivíduos com níveis

pressóricos ≥ 130 e/ou 80 mmHg¹⁰. Esta nova classificação gerou muita polêmica e vários países não a adotaram¹¹.

Diabetes mellitus (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Para o usuário com diabetes, as mudanças no estilo de vida também são fundamentais para o controle de níveis glicêmicos e seguem as mesmas medidas citadas acima para pacientes com hipertensão: cessação do tabagismo, diminuição da ingestão de álcool, atividade física estruturada, alimentação saudável e controle do peso. Ampla revisão sistemática aponta que o consumo de cigarros nos usuários com Diabetes mellitus cursa com riscos significativamente mais elevados de mortalidade geral e mortalidade por doenças cardiovasculares¹². Redução de peso, redução da ingestão de bebida alcoólica e aumento da atividade física são evidências nível A para controle do diabetes, segundo as Diretrizes da Associação Brasileira de Diabetes 2017-2018¹³.

Ainda segundo essas diretrizes, o diagnóstico de Diabetes mellitus é estabelecido quando a glicemia em jejum é ≥ 126 mg/dL ou a Hemoglobina glicada é $\geq 6,5\%$ ou quando a glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL) é ≥ 200 mg/d ou quando a glicemia ao acaso é ≥ 200 mg/dL com sintomas inequívocos de hiperglicemia. A American Diabetes Association (ADA) propõe como meta terapêutica para adultos uma glicemia pré-prandial de 80 a 130 mg/dL¹³.

As Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica — Diabetes mellitus — Cadernos de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde¹² apontam que os usuários com diabetes devem realizar em seu acompanhamento, pelo menos, uma vez ao ano, os exames de glicemia, hemoglobina glicada, colesterol total, HDL e triglicerídeos, creatinina sérica, exame de urina tipo 1, fundoscopia e exame dos pés.

A depressão é considerada um dos problemas de saúde mental mais comuns no mundo, sendo chamada de "Mal do Século" pela Organização Mundial da Saúde¹². É um distúrbio afetivo que compromete o emocional, em que o indivíduo passa a apresentar tristeza profunda, falta de apetite, de ânimo e perda de interesse generalizado. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. A prevalência da depressão é estimada em 19%, o que significa que aproximadamente uma em cada cinco pessoas no mundo apresenta o problema em algum momento da vida¹⁴.

Associada a antidepressivos e/ou intervenções psicoterapêuticas, as atividades físicas estruturadas são recomendadas na abordagem do paciente com depressão¹⁵⁻¹⁷.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é ordenadora das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde^{18,19}. Segundo Starfield²⁰⁻²² a APS pode ser medida por meio da avaliação da presença e extensão de quatro atributos essenciais: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade dos serviços e coordenação do cuidado, e por três atributos caracterizados como derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Dados da literatura internacional apontam que uma APS forte tem grande impacto na saúde da população, com um aumento do acesso aos serviços necessários, aumento da qualidade do cuidado, maior ênfase na promoção à saúde e cuidados preventivos, manejo precoce de doenças e redução de intervenções desnecessárias ou até mesmo prejudiciais^{23,24}.

Uma revisão sistemática realizada por Macinko *et al.*²⁵ aponta que o aumento de um médico na atenção primária, para cada 10.000 habitantes, está associado com melhoria de desfechos em saúde incluindo redução da mortalidade por todas as causas, câncer, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e mortalidade infantil; baixo peso ao nascer, aumento da expectativa de vida e da auto-avaliação de saúde. Kringos *et al.*²⁶, ao avaliar dados de 31 países, também encontraram associação de uma forte APS com menores taxas de hospitalizações e melhores desfechos de saúde.

Curitiba, capital do estado do Paraná, situada na região sul do país, tem uma população estimada para 2015 pelo IBGE de 1.879.355 habitantes²⁷, possui 110 Unidades de saúde²⁸ e segundo dados da Sala de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde²⁹, apresentou em 2015 uma cobertura de atenção básica de 56,5% da população, com 238 equipes médico-enfermagem atuando na ESF (44% de cobertura), 167 equipes de saúde bucal (31% de cobertura) e 950 agentes comunitários de saúde (29% de cobertura). Em 2019, Curitiba apresenta uma cobertura de APS de 48,5%, com 174 equipes de ESF (31,3% de cobertura), 123 equipes de ESF saúde bucal e 399 ACS (12% de cobertura)³⁰ Por outro lado, dados da ANS apontam em 2015, que 58,6% dos curitibanos estavam vinculados à planos de saúde³¹, sendo 55,1% em 2019³².

Em 2012, existiam 122.447 hipertensos vinculados às UBS do município, 49.711 diabéticos e 61.791 usuários com transtornos mentais³³.

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade do cuidado prestado à usuários adultos que autorreferem Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes mellitus ou Depressão e aqueles que não autorreferem nenhum desses agravos, considerados como Hígidos, vinculados a serviços públicos e privados do município de Curitiba em 2013-2014.

METODOLOGIA

Delineamento, local e participantes

Este estudo transversal está aninhado em uma pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis em Curitiba denominada Epicurean³⁴ (EPIde miology of CURitiba: EvaluAtion of Non-comunicable diseases). Foram entrevistados indivíduos moradores de quatro Distritos Sanitários de Curitiba, tanto usuários de serviços do Sistema Único de Saúde (UBS) quanto de serviços privados.

Amostra

O plano amostral da pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis foi composto por conglomerados em três estágios. Foram selecionados domínios de quatro Distritos Sanitários de Curitiba (Matriz, Cidade Industrial de Curitiba – CIC, Boqueirão e Santa Felicidade), considerando-se a posição geográfica (pelo menos um representante de cada macrorregião), o perfil da população (número e distribuição por faixa etária de interesse) e as características das Unidades Municipais de Saúde do território (unidades básicas tradicionais e com ESF). Em cada domínio, foram sorteados vinte setores censitários, sendo sorteado o ponto inicial do percurso para localização dos domicílios particulares. Foi pesquisado um indivíduo por domicílio, maior de 18 anos, sem doença aguda no dia da entrevista, com autonomia para responder o questionário e que consentiram em participar do estudo. Foi empregada uma abordagem caracterizada como amostragem proporcional estratificada por grupos etários de interesse. Nesse estudo, foram analisados três grupos etários compreendendo os intervalos de 18 a 39 anos, 40 a 59 anos e 60 anos e mais. O tamanho da amostra foi calculado com base na população estimada para grupo etário em cada Distrito Sanitário pela estimativa média da frequência de Hipertensão Arterial no Brasil, condição de saúde mais prevalente abordada no estudo, com margem de erro aceitável (5%) e taxa de não resposta (20%) estimando uma amostra de 1161 participantes.

A amostra final da pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas não transmissíveis incluiu 1.091 participantes, com uma taxa de resposta de 93,9%. 70 participantes não completaram a coleta de dados (45 porque não foram encontrados, 12 se recusaram a participar, 12 não responderam o PCATool-Brasil e um participante foi a óbito entre o intervalo das visitas). Nesse estudo foram excluídos 311 participantes que não referiram vínculo a nenhum serviço ou se diziam vinculados a Unidades de Pronto Atendimento, urgências de

hospitais ou em serviços não localizados em Curitiba. Dessa forma, foram, então, identificados 780 participantes como vinculados a serviços ambulatoriais não caracterizados como urgência (UBS ou serviços ambulatoriais privados, como consultórios médicos ou clínicas especializadas), que constituem a amostra deste estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por dez equipes de entrevistadores (alunos de medicina e pós-graduação da PUC-PR e Faculdade Evangélica do Paraná) treinados em oficinas presenciais. As entrevistas foram realizadas em dois momentos, para preenchimento do questionário e coleta de dados antropométricos, medidas de pressão arterial e glicemia capilar em jejum. As entrevistas e as aferições foram realizadas em domicílio, no período de agosto de 2013 a agosto de 2014.

Questionários

Os questionários foram compostos por perguntas baseadas em inquéritos nacionais já realizados no país, abrangendo informações sobre situação socioeconômica (ocupação, escolaridade, renda familiar, estado conjugal e trabalho), condição de saúde (percepção do estado de saúde, autorrelato de hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, dislipidemia, depressão, anemia e doença renal), acompanhamento e tratamento medicamentoso de condições crônicas presentes, risco para depressão (questionário *Patient Health Questionnaire –PHQ-9*³⁵) e diabetes (*Finnish Diabetes Risk Score – FINDRISC*³⁶), comportamentos de risco para DCNT (padrão alimentar, consumo de álcool, atividade física e tabagismo), uso de serviços de saúde e do *Primary Care Assessment Tool – adulto-Brasil, versão reduzida*³⁷.

Primary Care Assessment Tool – adulto-Brasil, versão reduzida

O PCATool-Brasil, versão reduzida, para usuários adultos, é constituído de 23 itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS. As respostas são estruturadas em uma escala Likert para cada atributo ou subdimensão, valoradas de 1 a 4, sendo 1= com certeza não; 2= provavelmente não; 3= provavelmente sim; e 4 =com certeza sim, com a opção adicional 9 = Não sabe/Não lembra. Foi calculado o Escore Geral da APS obtido por meio do valor médio dos itens, e então transformado para uma escala de 0 a 10, como se segue³⁷:

$$\text{Escore Geral da APS} = \frac{\text{escore obtido} - 1}{4 - 1} \times 10$$

O Escore Geral da APS foi, então, dicotomizado em duas categorias representando Baixo Escore quando $< 6,6$ e Alto Escore quando $\geq 6,6$.

A avaliação das condições crônicas

Os escores para hígidos e para as doenças crônicas em estudo foram elaborados com o objetivo de ser uma medida resumo das atividades/conduitas esperadas para os pacientes. As características das atividades/conduitas pertinentes a cada grupo (Hígidos, que autorreferiam Hipertensão Arterial, que autorreferiam Diabetes Mellitus ou que autorreferiam Depressão) foram consideradas por respostas dicotômicas (0=negativo para o cuidado e 1=positivo para o cuidado), seja por sua coleta primária em formato binária, seja pelo reagrupamento das opções de resposta para uma variável com somente duas opções. Um exemplo do reagrupamento de respostas em apenas duas categorias é ilustrado pela variável “auto percepção do estado de saúde”. No momento da coleta, essa variável foi avaliada por meio de escala Likert, de ‘Muito ruim’ a ‘Muito bom’. Para a construção do escore, foram agrupadas em ‘0’ as opções ‘muito ruim’, ‘ruim’ e ‘regular’, e reunidas em ‘1’ as opções ‘muito bom’ e ‘bom’.

Especificamente, foram contempladas as seguintes atividades/conduitas para a elaboração do escore dos respectivos grupos:

Hígido: alimentação saudável (sim), tabagismo (não), consumo álcool (não), IMC (<25), atividade física (ativo), autorrelato de saúde (bom ou muito bom).

Depressão: atividade física (ativo), autorrelato de saúde (bom ou muito bom), Tratamento depressão (sim), última consulta depressão (<1 ano).

Hipertensão: alimentação saudável (sim), tabagismo (não), consumo álcool (não), IMC (<25), atividade física (ativo), autorrelato de saúde (bom ou muito bom), consulta regularmente (sim), última consulta (<1 ano), colesterol (<1 ano), creatinina (<1 ano), urinalise (<1 ano) e, quando hipertensão não controlada, considerou-se também o uso de anti-hipertensivo (sim).

Diabetes: alimentação saudável (sim), tabagismo (não), consumo álcool (não), IMC (<25), atividade física (ativo), autorrelato de saúde (bom ou muito bom), consulta regularmente (sim), última consulta (<1 ano), glicemia capilar (sim), colesterol (<1 ano), creatinina (<1 ano), urinalise (<1 ano) e, quando diabete não controlada considerou-se também o uso de anti-diabético (sim).

A partir dessas variáveis em cada grupo, obteve-se o Escore Médio do Cuidado (soma de todas as atividades/conduitas elencadas no grupo dividida pelo número de atividades/conduitas no grupo), sendo posteriormente transformado para que assumisse valores

de 0 a 10, por meio da multiplicação do escore médio pelo valor 10. Esses escores foram utilizados na comparação entre o tipo de serviço (público, privado) e na identificação de características associadas aos escores para cada grupo.

Análise estatística

Os dados coletados nas entrevistas foram registrados em dispositivo eletrônico (*tablet*) contendo um *software* específico para a entrada destes, com rotinas de programação que corrigiam eventuais erros na digitação de alguns parâmetros e posterior verificação de consistência de digitação.

As características da amostra em estudo e os itens que contemplam o processo de cuidado foram apresentados pela frequência absoluta e frequência relativa percentual, mediante análise descritiva. Os resultados foram apresentados de forma geral e estratificados por tipo de serviço (uso preferencial do serviço). As estimativas dos escores de qualidade do cuidado para cada grupo foram ilustradas pelo escore médio e respectivo erro-padrão, também estratificados por tipo de serviço. As características da amostra foram comparadas entre os tipos de serviço pelo teste qui-quadrado de Pearson e o escore de qualidade do cuidado pelo teste t de Student.

Para avaliar as características associadas ao escore de cuidado, utilizou-se o modelo de regressão linear univariável e também multivariável. Primeiramente, foram realizadas as análises univariáveis, e aquelas características que se mostraram associadas ao escore de cuidado com valor- $p < 0,20$ foram consideradas para os modelos multivariáveis. Para o modelo multivariável final, permaneceram somente as características com valor- $p \leq 0,05$. Os resultados foram apresentados pela estimativa do coeficiente Beta, o respectivo erro-padrão e o valor de p. Todas as análises foram realizadas utilizando o módulo 'Complex Samples' do PAWS versão 18, levando-se em consideração a estrutura complexa da amostra em estudo. Isso ocorre por meio de correções incorporadas nas estimativas de variabilidade permitindo a adequação da análise ao plano amostral. Adotou-se nível de significância de 5%.

Resultados

Dos 780 usuários, 373 identificaram vínculo com um serviço público de APS (UBS) e 407 com serviços privados. Destes, 180 eram vinculados em clínicas/consultórios de clínicos gerais (44,2%), 70 em ginecologistas (17,2%), 54 em cardiologistas (13,3%), 21 em endocrinologistas (5,2%), 15 em geriatras (3,7%), 10 em ortopedistas (2,5%), 8 em urologistas (2%), 8 em gastroenterologistas (2%), 7 em neurologistas (1,7%) e 7 em psiquiatras (1,7%), além de 27 em outras especialidades (6,6%).

A Tabela 1 apresenta as características da amostra global e estratificada pelo uso preferencial de serviços públicos e privados de usuários adultos em Curitiba. Em relação à idade, observamos que, no serviço público, o maior percentual foi de 53 a 65 anos (29,8%), seguido daqueles com mais de 65 anos (26%). Já no serviço privado, o maior percentual encontrava-se entre indivíduos de 37 a 52 anos (27,3%), seguidos daqueles com até 36 anos (26,3). Mulheres, aqueles que se autorreferem de raça branca e os casados/com parceiros eram maioria entre os dois grupos, representando, respectivamente, 70,8 %, 70,2% e 58% no serviço público, 67,3%, 86,9% e 59% no serviço privado. A escolaridade e a renda, por sua vez, apresentaram padrões diferentes nos dois tipos de serviço; no público, ocorre maior concentração em relação aos que têm até 7 anos de estudo (44,2%) e renda familiar de até 0,92 SM (40,5%). Já o serviço privado apresentou a maioria de seus usuários com 15 ou mais anos de estudo (43,7%) e renda superior a 3,45 SM (43,5%). Em relação à ocupação, no serviço público, 42,4% declararam estar trabalhando, 29,2 % eram aposentados ou licenciados e 28,4% estavam sem trabalho. No serviço privado, esses percentuais são de 53,1%, 20,1% e 26,8%.

Quanto à percepção do estado de saúde, os valores mostram diferença importante. Entre os que utilizavam o serviço privado, 74,7 % relataram ter uma saúde muito boa ou boa, mas, em relação aos que utilizam serviço público, esse percentual cai para 51,7%. Apenas 9,1% dos que têm, no setor público, seu serviço preferencial possuía plano de saúde; enquanto, no serviço privado, 85,3% referem ter plano de saúde. A presença de alguma doença crônica foi relatada pela maioria que utilizava serviço público (56,6%), no serviço privado, esse percentual foi de 46,7%. A Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus autorreferidas também demonstraram diferenças significativas com percentuais de 42,2 % e 18,9% no serviço público e 26,7% e 8,4% no privado, respectivamente. Enquanto observou-se diferença significativa no controle de hipertensão entre o serviço público e privado, que apresentaram percentuais de 37,6% e 56,7%, o mesmo não aconteceu no controle do Diabetes mellitus, com percentuais de 70,1% e 67,6%. A Depressão é mais autorreferida no setor privado, em 26,9% dos entrevistados, mas essa diferença não é significativa em relação ao setor público (22%). O Alto Escore da APS apresentou diferença significativa nas prevalências entre o serviço privado (45%) e o serviço público (20,4%).

A Tabela 2 apresenta as características das variáveis utilizadas para a construção dos Escore de Cuidado, estratificadas por tipo preferencial de serviço: público ou privado.

Para os que não autorrefenciaram Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus ou Depressão, aqui denominados como Hígidos, podemos observar que, em relação à alimentação saudável, os valores, apesar de baixos, são similares nos dois tipos de serviço público e privado (34% e

35%). O Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo de 25kg/m² estava presente em 42,3% dos vinculados no serviço público e em 52,5% dos vinculados ao serviço privado, demonstrando que a maioria dos usuários no serviço público apresenta sobrepeso/obesidade. Entre os usuários do serviço público, 82,2% não relatavam ser fumantes e nem realizar uso abusivo de álcool, e, no serviço privado, esses percentuais foram de 87,1 % e 78,8%, respectivamente. O percentual de usuários que relatam ser ativos foi de 69% e 65% no serviço público e privado, respectivamente. Quanto à percepção do estado de saúde, 69% relataram ter saúde muito boa ou boa no serviço público, enquanto no privado esse número aumentou para 85%.

Entre os que autorreferiram ter Hipertensão Arterial, relataram ter alimentação saudável 34,8% no serviço público, e 57,4% no serviço privado. Esse resultado aponta para a grande prevalência de sobrepeso/obesidade no grupo de hipertensos vinculados ao serviço público. Não fumavam e não faziam uso abusivo de álcool 85,4 e 91,8% dos usuários do serviço público e 91,7% e 88%, respectivamente, no serviço privado. Somente 17,1% dos usuários do serviço público (25,9% do serviço privado) apresentam IMC menor que 25 kg/m², o que indica a alta prevalência de sobrepeso/obesidade nos dois grupos. A prevalência de atividade física foi de 43% no serviço público (50,9% no serviço privado). No último ano, no serviço privado, 81,5% realizaram consulta com o médico (72,8% no público); 55,6% receberam atendimento para medida de Pressão Arterial (42,3% no público), 71,8% realizaram exame de colesterol (74,5% no público); 72,2% de creatinina (71% no público); 60,4% realizaram parcial de urina (64,4% no público) e 65,7% relataram a percepção de saúde como muito boa ou boa (37,3% no público). O estudo mostra que, apesar do acesso ao serviço e exames, o impacto das ações na alimentação e atividade física não atingem o recomendado na 7ª Diretriz Brasileira da Hipertensão Arterial⁸.

Nos que autorreferem Diabetes mellitus, os dados demonstram que os usuários do serviço privado têm alimentação mais saudável (67,6% sendo no público 30,4%), apresentam menor prevalência de sobrepeso/obesidade (IMC \leq 25 35,3% no privado e 17,4% no público), de uso de tabaco (97,1% não fumam, em comparação a 94,2% no público) e menor uso abusivo de álcool (100% não fazem uso abusivo de álcool no privado e 84,1% no público), 41,2% eram ativos (40,6% no público), 67,6% apresentavam glicemia capilar <130 (70,1% no público) e, em relação aos que não estavam controlados, 100% relatam uso de hipoglicemiantes oral e/ou insulina (85,7% no público). No último ano, no serviço privado, 88,2% realizaram consulta médica (71% no público); 42,2% recebeu algum atendimento referente ao agravo (43,3% no público); 44,1% relatam saúde como muito boa ou boa (65,2% no público); 58,8% fazem monitoramento capilar da glicemia (27,5% no público); 68,8% relatam ter realizado exame de

colesterol (77,3% no público); 81,8% o de creatinina (73,3%no público), 66,7% o parcial de urina (59,1%no público) ; 85,3% relatam não ter diagnóstico de doença renal (88,2% no público) Ressaltamos a diferença nos valores do automonitoramento da glicemia capilar, que possui o dobro da prevalência no setor privado, o que pode ser explicado pela diferença de renda e também pela disponibilidade dessa estratégia no Sistema Único de Saúde apenas para usuários que utilizam insulina³⁸. Não há consenso no uso do Automonitoramento da Glicemia Capilar em usuários com DM2 tratados somente com antidiabéticos orais, mas a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda seu uso para todos os casos, com frequência menor do que em usuários com uso de insulina¹³.

Diferentemente dos agravos acima, os usuários que autorreferiram Depressão e que eram vinculados ao setor privado, apesar de serem mais ativos (54,1% no privado e 48,8% no público), relataram uma percepção de estado de saúde pior (44% no privado e 67,1% no público), menor número de consultas médicas (36,7% no privado e 45,1% no público) e com menor prevalência de tratamento (51,4% no privado e 54,9% no público).

A Tabela 3 apresenta os valores médios do Escore de Cuidado para Hígidos, os que autorreferem Hipertensão Arterial, os que autorreferem Diabetes mellitus e os que autorreferem Depressão, estratificados em público e privado conforme vinculação. Podemos observar maior escore médio no serviço privado, com diferença significativa ao público, no grupo de usuários Hígidos (5,3 o público e de 5,7 no privado, p-valor 0,006), na Hipertensão Arterial (5,3 no público e de 5,8 no privado, p-valor 0,005) e nos que autorreferem DM (5,0 no público e 6,0 no privado, p-valor <0,001). Nos que autorreferem Depressão, os usuários do serviço público apresentaram escore médio menor (4,6) do que os do serviço privado (4,7), mas a diferença não foi significativa (p-valor 0,739).

A Tabela 4 apresenta os resultados para os modelos univariáveis e multivariável em usuários Hígidos e usuários que autorreferem Depressão, a fim de verificar a associação de potenciais preditores com o escore de cuidado. Nos usuários considerados Hígidos, o modelo multivariável aponta que não ser casado ou não ter parceiros e aqueles que trabalham estão associados com maior escore médio de cuidado, enquanto estar vinculado ao serviço público se associa a um menor escore médio de cuidado. Para os que autorreferem Depressão, o modelo multivariável indica que estar vinculado a serviço privado, com Alto Escore da APS e não ser casado ou com parceiro estão associados com o aumento no escore médio de cuidado.

A Tabela 5 apresenta os modelos univariáveis e multivariável em usuários que autorreferem Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes mellitus. No modelo multivariável, para os que autorreferem Hipertensão Arterial, observou-se que ter mais de 65 anos e estar

vinculado a serviço com Alto Escore da APS está associado a um maior escore médio de cuidado. Para os que autorreferem Diabetes mellitus, o modelo multivariável destaca que ser usuário do serviço privado e ser do sexo masculino tem associação com maior escore médio de cuidado.

Discussão

Nosso estudo aponta as diferenças relativas aos determinantes sociais como renda, ocupação e escolaridade entre os usuários dos dois tipos de serviço, demonstrando a maior prevalência de condições crônicas naqueles com menor escolaridade e renda, coincidindo com achados de outros autores³⁹⁻⁴⁵. Aliada a esses fatores, a presença de usuários com faixa etária mais elevada está vinculada aos usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde, o que, também, influencia a maior prevalência das doenças crônicas nesse grupo.

A prevalência de Hipertensão Arterial e a prevalência de Diabetes Mellitus autorreferida, encontrada na amostra global (34,2% e 13,4%), foram maiores do que aquelas apresentadas para Curitiba no Vigitel Brasil 2017⁴⁶ (23,1% e 7,2%) e Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar⁴⁷ (21,6% e 5,7 %).

Em relação à Depressão autorreferida, encontramos prevalência em Curitiba de 24,6%, mais próxima dos dados brasileiros encontrados na World Health Survey^{42,48} realizada em 2003 com métodos padronizados internacionalmente (18,8%), mas muito maior do que os dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013⁴⁹ tanto para o Brasil (7,6%) como para a região Sul (12,6%). Essa alta prevalência encontrada em nosso estudo aponta para a importância das ações para o enfrentamento desse agravamento pela Atenção Primária à Saúde.

Em relação aos fatores de risco, nosso estudo aponta prevalência de sobrepeso/obesidade nos usuários que autorreferem hipertensão (IMC \geq 25 em 82,9% público e 74,1% privado) e diabetes (IMC \geq 25 em 82,6% no público e 64,7% no privado), maior do que o encontrado na população geral por meio da pesquisa Vigitel 2017⁴⁶ (Curitiba 52,8% e Brasil de 46,9 a 59,8%) e entre usuários que possuem plano de saúde, analisados no Vigitel Saúde Suplementar 2017⁴⁷ (Curitiba 51,6% e Brasil de 48,1% a 61,3).

Em estudo realizado no Peru, Bernabé-Ortiz⁵⁰ concluiu, após análise multivariável, que a prevalência de Hipertensão Arterial era maior dentre aqueles que fumavam, faziam uso abusivo de álcool e eram obesos, e de Diabetes mellitus tipo 2 entre obesos.

As consultas foram mais frequentes nos usuários do sistema privado, resultado semelhante encontrado em estudo de usuários diabéticos em Belo Horizonte⁴¹, assim como o

monitoramento capilar da glicemia, enquanto as atividades de grupo foram relatadas com maior frequência nos serviços públicos.

Nosso estudo aponta resultados significativamente maiores dos escores de cuidado para usuários de serviços privados no grupo de Hígidos e nos que autorreferem Hipertensão Arterial ou Diabetes mellitus. Resultados semelhantes, ainda que obtidos por metodologia diferente, foram encontrado por Silva⁴¹ em estudo com diabéticos em Belo Horizonte.

Apesar da diferença significativa encontrada em nossa pesquisa, o que mais se destaca é o baixo valor médio dos escores em todos os grupos. Em escala de 0 a 10, o maior valor médio foi 5,7, o que aponta para uma baixa qualidade no cuidado das condições crônicas estudadas.

Para Quispe³⁹, ainda que a ligação entre o status de minorias raciais / étnicas e a qualidade do atendimento para pacientes com diabetes não seja completamente compreendida, os resultados do seu estudo, desenvolvido no Peru, sugerem que fatores como o *status* socioeconômico, *status* de seguro-saúde, autoavaliação do estado de saúde e outras condições de saúde são antecedentes potenciais de qualidade do atendimento ao diabetes, similar ao encontrado em nosso estudo.

Macinko⁵¹, analisando experiências com cuidado e percepções do desempenho do sistema de saúde no cuidado das condições crônicas a respeito da atenção primária em seis países latinos, incluindo o Brasil, aponta que os entrevistados relataram falhas consideráveis nas formas em que a atenção primária é organizada, financiada e entregue. Quase metade relatou o uso do departamento de emergência para uma condição que consideravam tratável em um ambiente de atenção primária⁴.

Berendes et al.⁵² também concluíram, em revisão sistemática que compara serviços ambulatoriais públicos e privados em países de baixa e média renda, que os valores medianos indicaram que muitos serviços, independentemente de serem públicos ou privados, tiveram baixa pontuação (menos de 50%) em infraestrutura, competência clínica e prática. “Embora os dados sejam limitados, a qualidade em ambos os grupos provedores parece pobre, com o setor privado sendo melhor na disponibilidade de medicamentos e em alguns aspectos da prestação de cuidados, incluindo a capacidade de resposta e a atenção mais centrada no paciente. Estratégias que buscam influenciar a qualidade em ambos os grupos são necessárias para melhorar a prestação de cuidados e os resultados para os mais pobres, incluindo a gestão da crescente carga das doenças não transmissíveis” (Berendes, 2011, p.1).

Limitações do Estudo

Como limitação do estudo, apontamos a comparação da atenção primária encontrada nos serviços públicos UBS (ESF ou UBS tradicional) com os serviços privados, que, na sua grande maioria, foi composta de atendimentos especializados. Esse cenário, no entanto, representa a atual situação no país em que os usuários dos serviços privados procuram, espontaneamente, esses locais como porta de entrada ao serviço de saúde e se vinculam à profissionais especialistas. Outro fator que deve ser destacado é que não foram considerados todos os marcadores de cuidado nas patologias estudadas como o exame dos pés, a realização da hemoglobina glicada e a fundoscopia nos usuários diabéticos. Portanto, os itens do escore de cuidado nesses dois agravos poderiam ser ampliados, mas não foram coletados na nossa pesquisa. Outra limitação refere-se ao fato de que consideramos Hígidos os que não autorreferiram Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus ou Depressão. Desconsideramos que esses usuários podem ter outros agravos crônicos e, também, receberem orientações dos serviços para mudança de comportamento. Consideramos, também, os resultados de mudança de comportamento sendo influenciados, somente, pela interferência dos serviços, o que se torna um limitador, pois reconhecemos a importância da adesão e motivação do usuário em relação às orientações recebidas dos profissionais.

Conclusão

Considerando-se que as condições crônicas representam a maior carga de doenças no Brasil e que ela é maior na população mais pobre, nosso estudo aponta para o necessário fortalecimento da atenção primária à saúde, tanto no setor público como no privado, uma vez que a APS é a principal estratégia no enfrentamento dos agravos aqui abordados: Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus e Depressão, e também representa ferramenta importante para diminuição das inequidades.

Aumentar a presença e extensão dos atributos da APS como primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação comunitária e orientação familiar como propostos por Starfield²² são fundamentais para o melhor cuidado desses usuários.

Melhorar o primeiro contato entre a equipe e o usuário deve ser objeto de reflexão para o setor público. Formas alternativas de horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, reorganização de processos com medidas que desburocratizem o acesso e a utilização de tecnologias que facilitem a comunicação como aplicativos, marcação de atendimentos por telefone, entre outros, podem ser ferramentas importantes a serem adotadas.

Ressaltamos a importância da incorporação de protocolos clínicos baseados em evidências, processos de regulação para a atenção especializada, educação permanente, institucionalização do monitoramento e avaliação e a implantação/aprimoramento de mecanismos de pagamento de incentivos por resultados para as equipes da APS em qualquer tipo de provedor, público ou privado, de modo a garantir que todos os marcadores de cuidado previstos nas diretrizes clínicas estejam presentes na atenção aos usuários com condições crônicas.

Nosso estudo aponta para a necessidade de melhorias nas abordagens de mudanças comportamentais, principalmente as direcionadas para a alimentação saudável e atividade física, nos dois tipos de serviço, sendo importante o reforço do trabalho multi e interdisciplinar, com estímulo ao autocuidado.

Colaboradores

Eliane Regina da Veiga Chomatas participou da concepção do estudo, da pesquisa em campo, da revisão da literatura, da construção e revisão da base de dados, da análise dos resultados, da construção das tabelas e da redação do texto.

Ana Maria Cavalcanti participou da concepção do estudo, da pesquisa de campo, da construção e revisão da base de dados.

Erno Harzhein e Simone Tetu Moysés participaram da concepção do estudo, da análise e discussão dos resultados e da revisão do texto.

Lisiane Hauser participou da construção das tabelas e análise dos resultados.

Conflito de interesses

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Instituições Financiadoras

Este estudo foi realizado em conjunto com a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil) e a pesquisa foi financiada por um acordo (BR / LOA / 1200096.001) entre a Associação de Cultura (Curitiba, Paraná, Brasil) e OPAS / OMS (Washington, DC, Estados Unidos).

Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, pela realização do Doutorado.

À OPAS/OMS e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelo apoio logístico e oferta de campo de pesquisa. Aos alunos do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Faculdade Evangélica do Paraná, pela cooperação no trabalho de campo.

Tabela 1. Características da amostra global e estratificada dos usuários adultos, pelo uso preferencial da APS nos serviços públicos (UBS) ou privados, Curitiba, 2013-2014

Características	Amostra Geral (n = 780) n (%)	Tipo do Serviço preferencial		p-valor [#]
		Público (n=373) n (%)	Privado (n=407) n (%)	
Idade Quartis				
Até 36 anos	196 (25,1%)	89 (23,9%)	107 (26,3%)	0,053
De 37 a 52 anos	187 (24,0%)	76 (20,4%)	111 (27,3%)	
De 53 a 65 anos	199 (25,5%)	111 (29,8%)	88 (21,6%)	
Mais de 65 anos	198 (25,4%)	97 (26,0%)	101 (24,8%)	
Sexo				
Masculino	242 (31,0%)	109 (29,2%)	133 (32,7%)	0,392
Feminino	538 (69,0%)	264 (70,8%)	274 (67,3%)	
Cor da pele				
Branca	614 (78,9%)	261 (70,2%)	353 (86,9%)	<0,001
Não Branca	164 (21,1%)	111 (29,8%)	53 (13,1%)	
Estado civil				
Casado	457 (58,6%)	217 (58,0%)	240 (59,0%)	0,823
Outros	323 (41,4%)	156 (41,8%)	167 (41,0%)	
Escolaridade Quartis				
Até 7 anos de estudo	200 (25,6%)	165 (44,2%)	35 (8,6%)	<0,001
De 8 até 11 anos	119 (15,3%)	72 (19,3%)	47 (11,5%)	
De 12 até 15 anos	257 (32,9%)	110 (29,5%)	147 (36,1%)	
Mais de 15 anos	204 (26,2%)	26 (7,0%)	178 (43,7%)	
Ocupação				
Ativo	374 (47,9%)	158 (42,4%)	216 (53,1%)	0,011
Aposentado	191 (24,5%)	109 (29,2%)	82 (20,1%)	
Sem atividade	215 (27,6%)	106 (28,4%)	109 (26,8%)	
Renda familiar SM-Quartis				
Até 0,92 SM	190 (25,2%)	145 (40,5%)	45 (11,4%)	<0,001
De 0,93 até 1,73 SM	183 (24,3%)	117 (32,7%)	66 (16,7%)	
De 1,74 até 3,45 SM	183 (24,3%)	71 (19,8%)	112 (28,4%)	
Mais de 3,45 SM	197 (26,2%)	25 (7,0%)	172 (43,5%)	
Percepção do estado de saúde				

Muito bom/Bom	497 (63,7%)	193 (51,7%)	304 (74,7%)	<0,001
Regular/Ruim/Muito ruim	283 (36,3%)	180 (48,3%)	103 (25,3%)	
Possui Plano de Saúde				
Sim	381 (48,8%)	34 (9,1%)	347 (85,3%)	0,000
Não	399 (51,2%)	339 (90,9%)	60 (14,7%)	
Possui alguma doença crônica*				
Sim	400 (51,8%)	210 (56,6%)	190 (46,7%)	0,018
Não	372 (48,2%)	161 (43,4%)	211 (52,6%)	
Hipertensão				
Sim	266 (34,2%)	158 (42,2%)	108 (26,7%)	<0,001
Não	511 (65,8%)	215 (57,6%)	296 (73,3%)	
Hipertensão controlada**				
Sim	120 (45,3%)	59 (37,6%)	61 (56,5%)	0,012
Não	145 (54,7%)	98 (62,4%)	47 (43,5%)	
Diabetes				
Sim	103 (13,4%)	69 (18,9%)	34 (8,4%)	<0,001
Não	665 (86,6%)	296 (81,1%)	369 (91,6%)	
Diabetes controlada***				
Sim	70 (69,3%)	47 (70,1%)	23 (67,6%)	0,791
Não	31 (30,7%)	20 (29,9%)	11 (32,4%)	
Depressão				
Sim	191 (24,6%)	82 (22,0%)	109 (26,9%)	0,151
Não	586 (75,4%)	290 (78%)	296 (73,1%)	
Escore Geral da APS				
Baixo Escore	516 (66,7%)	292 (79,6%)	224 (55,0%)	<0,001
Alto Escore	258 (33,3%)	75 (20,4%)	183 (45,0%)	

* Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus ou Depressão

** Pressão Arterial <140 x 90

*** Glicemia < 130

Associado a estatística de teste Qui-Quadrado de Pearson

SM: salário mínimo

Tabela 2. Características das variáveis do processo de cuidado pelo uso preferencial de serviços públicos ou privados, Curitiba.

Características	Amostra geral	Uso preferencial do serviço	
		Público	Privado
	n (%)	n (%)	n (%)
Usuários sem autorrelato de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus ou Depressão (Hígidos*)			
Alimentação Saudável (Sim)	131 (34,0%)	57 (35,0%)	74 (34,0%)

Fumante (Não)	323 (85,0%)	134 (82,2%)	189 (87,1%)
Uso abusivo de álcool (Não)	305 (80,3%)	134 (82,2%)	171 (78,8%)
IMC (<25)	183 (48,2%)	69 (42,3%)	114 (52,5%)
Atividade Física (Ativo)	253 (67,0%)	112 (69,0%)	141 (65,0%)
Percepção de estado de Saúde (Bom ou muito bom)	297 (78,0%)	113 (69,0%)	184 (85,0%)

Usuários com autorrelato de Hipertensão Arterial

Alimentação Saudável (Sim)	117 (44,0%)	55 (34,8%)	62 (57,4%)
Fumante (Não)	234 (88,0%)	135 (85,4%)	99 (91,7%)
Uso abusivo de álcool (Não)	240 (90,2%)	145 (91,8%)	95 (88,0%)
IMC (<25)	55 (20,7%)	27 (17,1%)	28 (25,9%)
Atividade Física (Ativo)	123 (46,2%)	68 (43,0%)	55 (50,9%)
Faz consultas com o médico regularmente para acompanhar a HAS (Sim)	203 (76,3%)	115 (72,8%)	88 (81,5%)
Quando recebeu último atendimento para controle da PA (< 1 ano)	126 (47,7%)	66 (42,3%)	60 (55,6%)
Percepção do Estado de Saúde (Bom ou muito bom)	130 (48,9%)	59 (37,3%)	71 (65,7%)
Fez exame de colesterol (≤1 ano)	186 (73,5%)	112 (74,7%)	74 (71,8%)
Fez exame de creatinina (≤1 ano)	163 (71,5%)	98 (71,0%)	65 (72,2%)
Fez exame de urina (≤1 ano)	157 (62,8%)	96 (64,4%)	61 (60,4%)
Pressão Arterial controlada** (Sim)	120 (45,3%)	59 (38,0%)	61 (56,0%)
Faz uso de antihipertensivo se PA não controlada (Sim)	130 (89,7%)	88 (89,8%)	42 (89,0%)

Usuários com autorrelato de Diabetes mellitus

Alimentação Saudável (Sim)	44 (42,7%)	21 (30,4%)	23 (67,6%)
Fumante (Não)	96 (95,1%)	65 (94,2%)	33 (97,1%)
Uso abusivo de álcool (Não)	92 (89,3%)	58 (84,1%)	34 (100,0%)
IMC (<25)	24 (23,3%)	12 (17,4%)	12 (35,3%)
Atividade Física (Ativo)	42 (40,8%)	28 (40,6%)	14 (41,2%)
Faz consultas com o médico regularmente para acompanhar o Diabetes mellitus (Sim)	79 (76,7%)	49 (71,0%)	30 (88,2%)
Quando recebeu último atendimento para o controle do diabetes (< 1 ano)	43 (43,0%)	29 (43,3%)	14 (42,4%)
Percepção do Estado de Saúde (Bom ou muito bom)	60 (58,3%)	45 (65,2%)	145(44,1%)
Diabetes melitus controlada*** (Sim)	70 (69,3%)	47 (70,1%)	23 (67,6%)
Faz uso de medicamento (Hipoglicemiante oral/insulina) para os não controlados(Sim)	30 (90,9%)	18 (85,7%)	12 (100,0%)
Glicemia capilar (automonitoramento)- (Sim)	39 (37,9%)	19 (27,5%)	20 (58,8%)
Fez exame de colestterol (≤1 ano)	73 (74,5%)	51 (77,3%)	22 (68,8%)
Fez exame de creatinina (≤1 ano)	62 (75,6%)	44 (73,3%)	18 (81,8%)
Fez exame de urina (≤1 ano)	61 (61,6%)	39 (59,1%)	22 (66,7%)

Usuários com autorrelatode Depressão

Atividade Física (Ativo)	99 (51,8%)	40 (48,8%)	59 (54,1%)
Percepção do Estado de Saúde (Bom ou muito bom)	103 (53,9%)	55 (67,1%)	48 (44,0%)
Faz consultas com o médico regularmente para acompanhar a depressão (Sim)	77 (40,3%)	37 (45,1%)	40 (36,7%)

Quando recebeu último atendimento para controle da depressão (<1 ano)	110 (58,5%)	42 (52,5%)	68 (63%)
Faz algum tratamento para depressão (medicamento, terapia) (Sim)	101 (52,9%)	45 (54,9%)	56 (51,4%)

* Usuário que não autorreferem Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus ou Depressão

** Pressão Arterial $\leq 140 \times 90$

*** Glicemia ≤ 130

Tabela 3. Escore de cuidado em usuários que se autorreferem como hígidos, com ao menos Hipertensão Arterial Sistêmica, com ao menos Diabete mellitus ou com ao menos Depressão nos serviços públicos e privados.

Grupo	Uso preferencial do serviço		p-valor [#]
	Público	Privado	
	Média (ep)	Média (ep)	
Hígido*	5,3 (0,13)	5,7 (0,13)	0,006
Hipertensão Arterial Sistêmica	5,3 (0,15)	5,8 (0,13)	0,005
Diabete mellitus	5,0 (0,15)	6,0 (0,20)	<0,001
Depressão	4,6 (0,29)	4,7 (0,28)	0,739

*Usuário que não autorrefere Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabete mellitus ou Depressão

Associado a estatística de teste t de Student

Tabela 4. Associação do Escore do Cuidado de Usuários Hígidos e de Usuários que autorreferem Depressão e seus preditores, em Curitiba.

Preditores	Hígidos (n=372)*				Depressão (n=191)			
	Univariável		Multivariável		Univariável		Multivariável	
	β (ep)	p-valor [#]	β (ep)	p-valor [#]	β (ep)	p-valor [#]	β (ep)	p-valor [#]
Categoria do Serviço								
Público	-0,49 (0,17)	0,006	-0,45 (0,17)	0,011	-0,13 (0,40)	0,739	0,15 (0,40)	0,708
Privado								
Sexo								
Feminino	-0,12 (0,19)	0,552			-0,36 (0,56)	0,522		
Masculino								
Estado Civil								
Outro	0,49 (0,21)	0,025	0,54 (0,21)	0,012	1,03 (0,48)	0,035	1,09 (0,47)	0,023
Casado								
Cor da Pele								
Não Branca	-0,39 (0,20)	0,058			0,42 (0,45)	0,354		
Branca								
Situação de Trabalho								
Não Trabalha	0,72 (0,41)	0,830			-1,06 (0,46)	0,024		
Trabalha	0,90 (0,31)	0,005	0,95 (0,31)	0,003	-0,295(0,45)	0,511		
Aposentado/Licenciado								
Idade quartis								
Até 36 anos	0,92 (0,32)	0,005			0,51 (0,63)	0,424		
De 37 a 52 anos	0,57 (0,35)	0,109			0,53 (0,62)	0,397		
De 53 a 65 anos	0,39 (0,30)	0,191			0,66 (0,52)	0,213		
Mais de 65 anos								
Escolaridade quartis								
Até 7 anos	-1,19 (0,30)	<0,001			-0,36 (0,59)	0,545		
De 8 a 11 anos	-0,75 (0,37)	0,049			-0,30 (0,74)	0,685		
De 12 a 15 anos	-0,60 (0,22)	0,008			-0,41 (0,63)	0,518		

Mais de 15 anos						
Renda SM quartis						
Até 0,92 SM	-1,00 (0,23)	<0,001		-1,07 (0,61)	0,086	
De 0,93 SM até 1,73 SM	-0,99 (0,29)	0,001		-1,04 (0,53)	0,056	
De 1,74 SM até 3,45 SM	-0,26 (0,24)	0,283		-0,76 (0,70)	0,281	
Acima de 3,45 SM						
SUS principal serviço						
Não	0,57 (0,20)	0,005		0,29 (0,40)	0,466	
Sim						
Possui Plano de Saúde						
Não	-0,50 (0,22)	0,025		-0,24 (0,39)	0,538	
Sim						
Escore Geral da APS						
Baixo	-0,05 (0,20)	0,813		-0,95 (0,42)	0,030	-1,04 (0,44) 0,021
Alto						

* Usuários que não autorreferem Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus ou Depressão

Associado a análise de regressão linear

SM: salário mínimo

Tabela 5. Associação do Escore do Cuidado de Usuários que autorreferem Hipertensão Arterial ou de Usuários que autorreferem Diabetes mellitus e seus preditores, em Curitiba.

Preditores	Hipertensão Arterial (n=266)				Diabetes Mellitus (n=103)			
	Univariável β (ep)	p-valor [#]	Multivariável β (ep)	p-valor [#]	Univariável β (ep)	p-valor [#]	Multivariável β (ep)	p-valor [#]
Categoria do Serviço								
Público	-0,55 (0,19)	0,005	-0,43 (0,20)	0,035	-0,98 (0,25)	<0,001	-1,06 (0,26)	<0,001
Privado								
Sexo								
Feminino	0,01 (0,17)	0,95			0,46 (0,30)	0,135	0,61 (0,24)	0,014
Masculino								

Estado Civil						
Outro	0,04 (0,19)	0,840			-0,39 (0,28)	0,172
Casado						
Cor da Pele						
Não Branca	0,06 (0,27)	0,821			-0,41 (0,33)	0,224
Branca						
Situação de Trabalho						
Não Trabalha	0,77 (0,19)	<0,001			0,39 (0,29)	0,192
Trabalha	0,19 (0,26)	0,473			0,32 (0,41)	0,441
Aposentado/Licenciado						
Idade quartis						
Até 36 anos	-0,85 (0,58)	0,144			-0,29 (0,93)	0,754
De 37 a 52 anos	-0,95 (0,33)	0,006	-0,80 (0,28)	0,010	-0,67 (0,54)	0,220
De 53 a 65 anos	-0,26 (0,23)	0,268			-0,20 (0,30)	0,501
Mais de 65anos						
Escolaridade quartis						
Até 7 anos	-0,24 (0,30)	0,423			-0,42 (0,44)	0,342
De 8 a 11 anos	-0,30 (0,39)	0,446			-0,03 (0,55)	0,955
De 12 a 15 anos	-0,15 (0,37)	0,681			0,23 (0,61)	0,705
Mais de 15 anos						
Renda SM quartis						
Até 0,92 SM	-0,20 (0,26)	0,439			-1,16 (0,35)	0,002
De 0,93 SM até 1,73 SM						
De 1,74 SM até 3,45 SM	-0,49 (0,27)	0,077			-1,26 (0,40)	0,003
Acima de 3,45 SM	-0,07 (0,33)	0,835			-0,49 (0,36)	0,174
SUS principal serviço						
Não	0,70 (0,18)	<0,001			1,07 (0,24)	<0,001
Sim						

Possui Plano de Saúde						
Não	-0,54 (0,19)	0,006			-1.13 (0,26)	<0,001
Sim						
Escore Geral da APS						
Baixo	-0,69 (0,21)	0,002	-0,53 (0,21)	0,014	-0,26 (0,32)	0,424
Alto						
Hipertensão arterial* ou Diabetes Mellitus** controlado						
Não	0,19 (0,21)	0,350			0,47 (0,30)	0,131
Sim						

* Pressão Arterial < 140 x 90

**Glicemia capilar < 130

Associado a análise de regressão linear

SM: salário mínimo

Referências

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª edição. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, editor. Brasília: OPAS; 2012. 515 p.
2. Schramm JMDA, Oliveira AF De, Leite IDC, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2004;9(4):897–908.
3. Goulart F a DA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. 2011;
4. Federation ID. Diabetes Atlas de la FID [Internet]. 2017. Available from: www.diabetesatlas.org
5. World Health Organization. Depresión [Internet]. 2018 [cited 2019 May 29]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. IBGE, MS, Fiocruz. Pesquisa Nacional de Saúde 2013- Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro; 2014.
7. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília; 2011. 160 p.
8. Brazilian Society of Cardiology (BSC). 7th Brazilian Guidelines of Hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):1–83.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica N°37-Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica-Hipertensão Arterial Sistêmica-. 1ª. Ministério da Saúde, editor. Brasília; 2013. 128 p.
10. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127–248.
11. Willians B, Mancía G, Spiering W, Rosei EA. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;0:98.
12. Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking With Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients With Diabetes Mellitus. Vol. 132, *Circulation*. 2015. p. 1795–804.
13. Oliveira JEP de;, Foss-Freitas MC, Junior RMM, Vencio S. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. São Paulo; 2017. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>
14. Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção [Internet]. Ministério da Saúde. 2018 [cited 2019 May 1]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>
15. Netz Y. Is the Comparison between exercise and pharmacologic treatment of depression in the clinical practice guideline of the American college of physicians evidence-based? *Front Pharmacol*. 2017;8(MAY):1–9.
16. Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport* [Internet]. 2014;17(2):177–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsams.2013.03.010>
17. NICE. Common mental health problems: identification and pathways to care. *Clin Guidel* [Internet]. 2011;(May):1–55. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123/resources/common-mental-health-problems-identification-and-pathways-to-care-35109448223173>
18. Ministério da Saúde. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União* 2010 p. 88–93.
19. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília; 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
20. Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001;50(02):161.

21. Starfield B. What is primary care ? *J Fam Pract.* 1994;344(October):1129–33.
22. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Título original: Primary Care: balancing health needs, services, and technology. UNESCO, editor. UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO; 2002. 726 p.
23. Starfield, B. M; Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *2002;60(3):201–18.*
24. Shi L, Masis DP, Guanais FC. Measurement of primary care-Report on the Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool [Internet]. WASHINGTON; 2012. Available from: [https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5854/Measurement of Primary Care- The Johns Hopkins Primary Care Assessment Tool.pdf](https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/5854/Measurement%20of%20Primary%20Care-%20The%20Johns%20Hopkins%20Primary%20Care%20Assessment%20Tool.pdf)
25. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37(1):111–26.
26. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):65.
27. IBGE. Cidades. 2015.
28. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Relatório de gestão- 2º quadrimestre de 2015. 2015. p. 207.
29. Ministério da Saúde. Sala de apoio à gestão estratégica. 2016.
30. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica- Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2020 Jan 3]. Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/>
31. ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [cited 2016 Jan 19]. Available from: <http://www.ans.gov.br/>
32. ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar: Dados gerais [Internet]. ANS. 2020. Available from: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
33. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Relatório Anual de Gestão 2012. Curitiba; 2012. p. 182.
34. Cavalcanti AM, Kusma S, Chomatas ER, Ignácio SA, Mendes E, Moysés S, et al. Noncommunicable diseases and their common risk factors in Curitiba, Brazil: results of a cross-sectional, population-based study. *Rev Panam Salud Pública.* 2018;1–10.
35. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The Patient Health Questionnaire-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2001;16:606–13. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x/full>
36. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score. *World Health* [Internet]. 2003;26(3):725–31. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/26/3/725.abstract>
37. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL : uma versão reduzida. *Rev Bras Med Família e Comunidade.* 2013;8(29):256–63.
38. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica. CAB 36 - Diabetes Mellitus. 2013. 162 p.
39. Quispe R, Benziger CP, Bazo-Alvarez JC, Howe LD, Checkley W, Gilman RH, et al. The Relationship between Socioeconomic Status and CV Risk Factors: The CRONICAS Cohort Study of Peruvian Adults. *Glob Heart.* 2016;11(1):121-130.e2.
40. Rushforth B, McCrorie C, Glidewell L, Midgley E, Foy R. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: Qualitative systematic review. *Br J Gen Pract.* 2016;66(643):e114–27.
41. Silva S de S, Mambrini JV de M, Turci MA, Macinko J, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016;32(10). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n10/1678-4464-csp-32-10-e00014615.pdf>
42. Schmidt MI, Duncan BB, E Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: Burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011;377(9781):1949–61. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

43. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, MacInko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Heal Bull New York Acad Med.* 2010;87(6):994–1006.
44. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Prioridade para enfrentament e investigação. *Rev Saude Publica.* 2012;46(SUPPL.1):126–34.
45. Macinko, J; Dourado, I; Guanais FC. Doenças Crônicas , Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde. *Diagnósticos , instrumentos e intervenções.* 2011;33.
46. Ministério da Saúde. Estimativas Sobre Frequência E Distribuição Sócio-Demográfica De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Nas Capitais Dos 26 Estados Brasileiros E No Distr. Vol. 10, *Vigitel Brasil 2017.* 2010.
47. Agência Nacional de Saúde Suplementar- Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017 Saúde Suplementar.* Brasília; 2018. 1–140 p.
48. WHO. *WHS Brazil - Report.pdf* [Internet]. 2003 [cited 2019 Jul 26]. p. 84. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/whsbra-brazil.pdf>
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *P esquisA N acionaL de S aúde* [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. 2013. 31–33 p. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
50. Bernabé-Ortiz A, Carrillo-Larco RM, Gilman RH, Checkley W, Smeeth L, Miranda JJ, et al. Contribution of modifiable risk factors for hypertension and type-2 diabetes in Peruvian resource-limited settings. *J Epidemiol Community Health.* 2015;70(1):49–55.
51. Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps in primary care and health system performance in six latin American and Caribbean countries. *Health Aff.* 2016;35(8):1513–21.
52. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of Private and Public Ambulatory Health Care in Low and Middle Income Countries: Systematic Review of Comparative Studies. *PLOS Med* [Internet]. 2011; Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000433>

A ser enviado ao Caderno de Saúde Pública

8. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo, associados às evidências da literatura, apontam para a necessidade da expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Curitiba, potencializando as redes de atenção, diminuindo as inequidades em saúde e melhorando a qualidade do cuidado para as condições crônicas no município. Para isto é necessário maior foco no fortalecimento dos atributos da APS direcionando ações para os seguintes pontos:

- 1) Aumentar a cobertura da APS com implantação de novas Unidades Básicas de Saúde e equipes de saúde da família;
- 2) Melhorar a estrutura das UBS visando o incremento da ambiência;
- 3) Estender o horário de funcionamento das UBS para favorecer o acesso da população ao serviço;
- 4) Institucionalizar processos de avaliação da APS com instrumento validado, como o PCATool-Adulto-Brasil-Versão Reduzida;
- 5) Aprimorar mecanismos de contato entre as equipes e usuários como WhatsApp, e-mail e telefone;
- 6) Aprimorar a utilização de diretrizes clínicas pelos profissionais com processos de educação permanente para todas as categorias profissionais;
- 7) Aprimorar a atuação do Agentes Comunitários de Saúde com instrumentos de monitoramento de visitas domiciliares;
- 8) Aprimorar os contratos internos das equipes com a gestão municipal, incorporando indicadores que monitorem os marcadores de cuidado das condições crônicas;
- 9) Fortalecer a atuação dos profissionais para uma abordagem centrada na pessoa, com a utilização de tecnologias leves voltadas à mudança de comportamento, como o autocuidado apoiado;
- 10) Como a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba desde 2017, introduziu novas ferramentas para agendamento de atendimentos, modificou o processo de trabalho das equipes e realizou vários momentos de educação permanente com servidores da APS, sugerimos a realização de novos estudos utilizando o PCATool-Adulto-Brasil-Versão Reduzida para medir os impactos destas mudanças na atenção aos usuários do município.

9. ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa [se houver]
- b. Questionários / Formulários [opcionais]
- c. Detalhes metodológicos adicionais [opcional]
- d. Outros documentos relevantes

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA DE BASE POPULACIONAL SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM CURITIBA

Pesquisador: Ana Maria Cavalcanti

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 16604713.0.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal:

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE
– OPAS/OMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 362.266

Data da Relatoria: 14/08/2013

Apresentação do Projeto

Trata-se de um projeto do Curso de Medicina em parceria com a Secretaria Municipal de saúde, que pretende avaliar, com base em dados epidemiológicos, se há estruturas de atenção básica à Saúde em determinadas localidades nas quais o índice de doenças crônicas não transmissíveis é alto. Para tanto pesquisarão indivíduos de 18 a 60 anos, identificados por grupos etários, que responderão um questionário e passarão por testes antropométricos e testes de glicemia.

Objetivo da Pesquisa

Objetivo Primário

Estimar a prevalência e a distribuição de HAS, diabete melito tipo 2, depressão e fatores de risco associados em amostra da população de 18 anos e mais da região urbana de Curitiba, assim como a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária em Saúde.

Objetivo Secundário

- a) Avaliar a associação entre a frequência e distribuição da HAS, DM, depressão e fatores de risco associados e as variáveis sociodemográficas;
- b) Descrever o acesso aos serviços de saúde da população do estudo;
- c) Descrever a percepção da população do estudo quanto à presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde por ela utilizados.

Continuação do Parecer: 362.266

- d) Gerar evidências para orientar a atenção às condições crônicas na rede pública municipal de saúde de acordo com a prevalência das mesmas e do risco para seu desenvolvimento;
- e) Gerar evidências para a qualificação do acesso aos serviços públicos de saúde e da Atenção Primária em Saúde ofertada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Relação risco *versus* benefício atende os parâmetros éticos;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa;

Pesquisa com critérios de inclusão e exclusão, metodologia, cronograma e orçamentos claros. O Instrumento de Pesquisa mantém a confidencialidade sobre a identidade do participante da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE possui linguagem adequada, explicação de termos técnicos e possui todas as informações preconizadas pela Res. 196/96.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: tendo em vista o exposto acima, considera-se o Projeto com viabilidade ética de execução.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a apresentação do relator e as discussões do colegiado, considera-se este projeto Aprovado.

Continuação do Parecer: 362.266

CURITIBA, 16 de agosto de 2013

Assinado por: NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)



PESQUISA DE BASE POPULACIONAL SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM CURITIBA

**Pesquisadores responsáveis:
Ana Maria Cavalcanti
Simone Tetu Moysés
Roberto Flavio Silva Pecoits Filho**

CURITIBA 2013 SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	120
2.	OBJETIVOS	123
3.	MÉTODO	124
4.	ORÇAMENTO	142
5.	CRONOGRAMA	143

6.	REFERÊNCIAS	144
7.	ANEXOS.....	151

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por quase dois terços da mortalidade global em 2008, o que correspondia a 36 milhões de mortes. Cerca de 80% dos casos ocorreram em países em desenvolvimento e um quarto deles, em pessoas com menos de 60 anos de idade. O aumento acelerado do número de portadores de DCNT em populações de baixa renda acarreta alto custo pessoal, social e econômico. Ao mesmo tempo, os principais fatores de risco associados a estas doenças resultam da rápida urbanização, da transição econômica e do estilo de vida contemporâneo, mantendo o círculo vicioso de pobreza, maior prevalência de DCNT e pobreza.

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das mortes e afetam, em grande parte, a população de baixa renda e de maior vulnerabilidade social. Apesar da diminuição de cerca de 20% da taxa de mortalidade por DCNT de 1997 a 2007, principalmente devido às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas, observou-se aumento de mortalidade por diabetes e cânceres no mesmo período (2).

Devido à magnitude na morbimortalidade global, a OMS tem preconizado o monitoramento e a vigilância das DCNT e seus principais fatores de risco como uma estratégia efetiva para o enfrentamento do problema (3). Baseado na Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis e endossado nas Assembleias Mundiais de Saúde de 2000 e 2008 (4);(5) o plano de ação da OMS enfocou as quatro principais doenças – cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes – uma vez que as mesmas respondem por 60% das mortes no mundo e são preveníveis.

O aconselhamento/tratamento das pessoas com 30 anos e mais com risco igual ou maior de 30% de sofrer um evento cardiovascular nos próximos 10 anos foi considerado uma das intervenções custo-efetivas no relatório da OMS em 2010 (6). Esta agenda foi reafirmada na última Assembleia Mundial de Saúde, realizada em maio de 2012 em Genebra, que adotou a redução de 25% da mortalidade prematura decorrente de DCNT até o ano de 2025 como uma de suas metas (7).

No campo da pesquisa de doenças cardio e cerebrovasculares, cinco prioridades foram elencadas (8). Uma delas compreende a identificação das causas e o dimensionamento da sua magnitude, por meio de informação específica para cada país sobre o impacto da globalização e

urbanização no estilo de vida, a prevalência de fatores de risco e doenças crônicas e seus custos econômicos e sociais, a fim de sensibilizar os gestores na priorização da política. Outra diz respeito à avaliação do impacto de possíveis estratégias de enfrentamento como rastreamentos custo-efetivos, métodos de predição de risco e algoritmos clínicos aplicáveis a países em desenvolvimento.

No Brasil, resultados provenientes de vários estudos de base populacional e em populações específicas evidenciaram a alta prevalência de DCNT e seus fatores de risco (9), (10), (11),(12), (13),(14). O sistema VIGITEL, implantado no país desde 2006, vem acompanhando a dinâmica de comportamentos de risco e proteção para DCNT e morbidade referida de brasileiros com 18 anos e mais nas capitais do país. O relatório VIGITEL 2011 (15) apontou que 48,5% das pessoas que responderam o inquérito foram consideradas com excesso de peso, 22,7% referiram diagnóstico prévio de HAS e 5,6% referiram diagnóstico prévio de diabetes. Em relação aos comportamentos de risco, o consumo de carne gordurosa foi relatado por 34,6% dos participantes, o de leite com teor de gordura integral por 56,9% e o de refrigerantes e sucos artificiais por 29,8%. A frequência de inatividade física foi de 14%, de tabagismo de 14,8% e de consumo abusivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias de 17%.

Em virtude deste cenário, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011- 2022. Este plano pretende preparar o país para enfrentar e deter o avanço das quatro principais DCNT (circulatórias, cânceres, diabetes e respiratórias crônicas) e seus fatores modificáveis de risco (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) nos próximos 10 anos (16), (17).

O aumento da prevalência de DCNT também é observado em Curitiba, decorrente do envelhecimento populacional acelerado e do estilo de vida dos munícipes. Esta realidade interfere no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública, onde o número de pessoas com DCNT aumentou significativamente. No final de 2011, por exemplo, mais de 119 mil pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 39 mil com Diabete melito tipo 2 (DM tipo 2) estavam inscritas nos programas estratégicos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e eram acompanhadas na Atenção Primária à Saúde (APS) (18).

Com o objetivo de qualificar a atenção prestada a portadores de DCNT, os gestores da SMS implantaram, há mais de 10 anos, a Gestão da Clínica, expressão adotada por Mendes (19) para um

conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicáveis ao SUS. Para o autor, esta qualificação ocorre quando as pessoas usuárias são o centro do cuidado e as ações de saúde estão embasadas em evidências científicas sobre efetividade e segurança e são eficientes, oportunas, equitativas e ofertadas de forma humanizada (19).

Uma das características da Gestão da Clínica é a sistematização da atenção a partir da prevalência das condições crônicas e seus estratos de risco na população adscrita à APS. A estratificação de risco considera a presença de outros fatores de risco e de comorbidades. Assim, é possível organizar a oferta de consultas e atendimentos programados na APS de acordo com a necessidade das pessoas. Atualmente, no entanto, a estimativa de pessoas com HAS, DM, depressão e outros fatores de risco para DCNT baseia-se em estudos realizados no país uma vez que não há estudos de base populacional realizados em Curitiba até a presente data.

É fundamental para a gestão municipal conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por DCNT e dos fatores associados na comunidade, além da frequência de acesso e utilização dos serviços de saúde oferecidos pela APS. Inquéritos populacionais fornecem estas informações e possibilitam o monitoramento da situação da saúde dos munícipes, orientando, desta maneira, a formulação, o acompanhamento e a avaliação das políticas públicas na área de saúde (8), (20).

2. OBJETIVOS

2.1.Geral

Estimar a prevalência e a distribuição de HAS, diabetes melito tipo 2, depressão e fatores de risco associados em amostra da população de 18 anos e mais da região urbana de Curitiba, assim como a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária em Saúde.

2.2.Específicos

- a) Avaliar a associação entre a frequência e distribuição da HAS, DM, depressão e fatores de risco associados e as variáveis sociodemográficas;
- b) Descrever o acesso aos serviços de saúde da população do estudo;
- c) Descrever a percepção da população do estudo quanto à presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde por ela utilizados;
- d) Gerar evidências para orientar a atenção às condições crônicas na rede pública municipal de saúde de acordo com a prevalência das mesmas e do risco para seu desenvolvimento;
- e) Gerar evidências para a qualificação do acesso aos serviços públicos de saúde e da Atenção Primária em Saúde ofertada.

3. MÉTODO

3.1. Características da pesquisa

Trata-se de um estudo epidemiológico de base populacional, de delineamento transversal, com representatividade para a cidade de Curitiba. O estudo será realizado com base em uma amostra de indivíduos com 18 anos e mais residentes na região urbana de Curitiba, nos quais serão realizados exames físicos e aplicados questionários para avaliar a prevalência e a gravidade de condições crônicas incluindo HAS, DM e Depressão, assim como fatores de risco associados a variáveis sociodemográficas e comportamentais e acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Este estudo é parte de uma pesquisa intitulada “Pesquisa avaliativa sobre a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas em Curitiba”, conduzida pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde e suporte da Organização Pan-americana de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

3.2. Condições a serem pesquisadas

Serão descritas a seguir, de modo resumido, as condições a serem pesquisadas.

3.2.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma das DCNT mais prevalentes e a partir dos estudos de *Framingham*, passou a ser considerada um dos principais fatores de risco para eventos cardiovasculares (Acidente Vascular Encefálico – AVE, Infarto Agudo do Miocárdio - IAM, Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC, Doença Arterial Periférica - DAP, Doença Renal Crônica - DRC) (10) (14). Por ser um fator de risco modificável, muito frequente na população e com baixas taxas de controle, a hipertensão constitui, atualmente, um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial (21).

Publicações de estudos epidemiológicos de HAS surgiram no Brasil a partir da década de 1970 (11) e sua prevalência variou de 11,6% a 44,4% devido aos critérios amostrais e diagnósticos de hipertensão utilizados. Uma revisão crítica da literatura (22) demonstrou que entre 22,3% e 43,9% adultos apresentaram níveis de PA iguais ou superiores a 140/90 mmHg. Em inquéritos populacionais como o VIGITEL, a frequência de HAS autorreferida não apresentou grande variabilidade ao longo dos anos e em 2011, 22,7% dos adultos responderam ter HAS no país e 22%

em Curitiba (15). Apesar do autorrelato de HAS poder subdimensionar a frequência desta condição, estudos norte-americanos (23) e brasileiros demonstraram boa sensibilidade e especificidade desse indicador em estimar sua prevalência (24), (25).

Nesta pesquisa, a frequência de HAS será determinada por:

1. Morbidade referida, com questões sobre diagnóstico médico prévio de HAS e uso contínuo de medicação anti-hipertensiva prescrita pelo médico, conforme o VIGITEL (26), (27), (28), (29), (30), (15).
2. Medida indireta de pressão arterial em domicílio - para esta aferição, será utilizada técnica oscilométrica, com esfigmomanômetro automático digital de braço, validado e calibrado, e braçadeira de tamanho adulto pequeno, médio ou obeso, de acordo com a circunferência do braço, medida no ponto médio entre o acrômio e o olecrano. As vantagens de utilização de esfigmomanômetro automático são: a facilidade de treinamento e de padronização; a eliminação de vieses de mensuração decorrentes da visão, audição e atenção; a impossibilidade de opção por dígitos terminais pelos entrevistadores; e a não interferência na velocidade de inflação/deflação do manguito. Serão feitas duas avaliações (com intervalo mínimo de 2 dias entre elas), com três aferições de PA em cada uma das avaliações, em braço direito (31), com o participante sentado, com intervalo de 2 minutos entre cada aferição, seguindo critérios técnicos padronizados (32). A média das aferições será considerada para a classificação dos níveis de PA em pessoas de 18 anos e mais, de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (33), (34).

Serão consideradas hipertensas:

3. Pessoas que relatarem diagnóstico prévio de HAS por um médico e/ou uso contínuo de medicação anti-hipertensiva prescrita pelo médico (15), (31), (35).
1. Pessoas que apresentarem valores médios de PA aferida em domicílio iguais ou superiores a 140 mmHg de PA sistólica e/ou 90 mmHg de PA diastólica, conforme o Cadernos de Atenção Básica número 15 (33) e as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (34).
O quadro abaixo apresenta a classificação da pressão arterial para pessoas com 18 anos e mais a ser utilizada como referência.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial para pessoas com 18 anos e mais.

CLASSIFICAÇÃO	PA SISTÓLICA (mmHg)	PA DIASTÓLICA (mmHg)
----------------------	-------------------------------	--------------------------------

NORMAL ÓTIMA	< 120	e	< 80
NORMAL	< 130	e	< 85
NORMAL LIMÍTROFE	130 – 139	e/ou	85 – 89
HIPERTENSÃO			
Estágio 1 (leve)	140 – 159	e/ou	90 – 99
Estágio (moderada)	² 160 – 179	e/ou	100 – 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	e/ou	≥ 110
Sistólica isolada	≥ 140	e	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Fonte: Brasil,2006; SBC/SBH/SBN,2010.

Pessoas consideradas hipertensas e que não estiverem em acompanhamento de saúde serão orientadas a procurar um serviço de saúde. Aquelas com diagnóstico prévio de HAS e com valores de PA superiores à meta (140/90 mmHg) serão orientadas a informar sua equipe de saúde. Quando os níveis de PA forem iguais ou superiores a 180/110 mmHg, será sugerida reavaliação imediata pela equipe de APS (34) ou pela Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), na presença de instabilidade clínica.

3.2.2. Diabetes melitus

O Diabetes melitus (DM) compõe a lista de uma das quatro principais doenças crônicas de interesse para monitoramento no Brasil e no mundo (7), (16), (15). É considerado um fator independente de risco para doença vascular aterosclerótica (36), (37) e sua associação com outros fatores como HAS e dislipidemia aumenta este risco consideravelmente (38). Sua prevalência assume proporções epidêmicas e com repercussões globais devido ao impacto na qualidade de vida e nos sistemas de saúde (39).

O DM é uma condição prevenível por meio de adoção de comportamentos saudáveis(40, 41), principalmente para aqueles com alto risco de desenvolver a doença ou situações clínicas caracterizadas como pré-diabetes (intolerância à sobrecarga de glicose e glicemia de jejum alterada). De acordo com a *American Diabetes Association* (42), as pessoas com diabetes requerem cuidado contínuo, educação em saúde e apoio ao autocuidado. Os custos diretos dessa atenção variam de 2,5% a 15% dos gastos mundiais em saúde (6). Custos adicionais associados à dor e à ansiedade afetam a qualidade de vida dos portadores da doença e de seus familiares e representam

carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (43).

Em relação à prevalência do DM no Brasil, um estudo multicêntrico realizado em 1988 revelou que a prevalência na população entre 30 e 69 anos era de 7,6% (44). Na Pesquisa Mundial de Saúde (45), o autorrelato de DM em adultos foi de 6,2%. As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios, realizadas entre 1998 e 2008, mostraram um coeficiente de prevalência padronizado de DM autorreferido que variou de 2,9% a 4,3% na população de 18 anos e mais (46). Já no VIGITEL, estes índices em 2011 foram de 4,7% em Curitiba e 5,6% no Brasil (15). Os valores encontrados nos anos de 2009 e 2010 variaram bastante em relação aos outros anos, sendo respectivamente de 5,8% e 6,3% no país e 5,7% e 6,7% em Curitiba (29); (30). Passos e colaboradores (47) concluíram, no entanto, que a morbidade referida para DM, diferente daquela para HAS, tem sensibilidade menor.

Neste estudo, a determinação da frequência de DM, pré-diabetes e de risco para a doença será realizada por:

2. Morbidade referida e uso contínuo de insulina e/ou medicação antidiabética oral, conforme o VIGITEL (15), (26), (27), (28), (29) e a American Diabetes Association (42).
3. Cálculo do risco para DM tipo 2, baseado no *Finnish Diabetes Risk Score - FINDRISC* (48), que estima o risco de uma pessoa desenvolver DM nos próximos 10 anos. O quadro abaixo apresenta os critérios de classificação empregados por este instrumento.

Quadro 2. Cálculo do Risco para DM tipo 2 nos próximos 10 anos.

FATOR	ESCORE
IDADE (anos)	
< 45	0
45 – 54	2
55 - 64	3
≥ 65	4
IMC (kg/m²)	
< 25	0
25 – 30	1
≥ 30	3
CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL (cm)	
Mulheres < 80 Homens < 94	0
Mulheres 80 – 88 Homens 94 - 102	3
Mulheres ≥ 88 Homens ≥ 102	4
HISTÓRIA de TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA HAS	

NÃO	0
SIM	2
GLICEMIA ANTERIOR ELEVADA (gestação, avaliação de saúde)	
NÃO	0
SIM	5
CONSUMO DE VEGETAIS, FRUTAS OU LEGUMES	
Diariamente	0
Menos de 1 vez ao dia (não todo dia)	1
ATIVIDADE FÍSICA (trabalho e/ou laser, rotina diária)	
≥ 30 minutos/dia	0
< 30 minutos/dia	2
HISTÓRIA FAMILIAR DE DM (1 ou 2)	
NÃO	0
SIM, em 2º grau (avós, tios, primos)	3
SIM, em 1º grau (pais, irmãos e filhos)	4
Total	0 a 14 - risco baixo a moderado 15 a 20 - risco alto >20 - risco muito alto

FONTE: Lindstrom e Tuomilehto, 2003.

1. Realização de exames capilares de glicemia (jejum ou ao acaso) e hemoglobina glicada em domicílio, por meio de coleta de amostras de sangue capilar após punção digital (tecnologia point-of-care), com lanceta descartável. Equipamentos devidamente calibrados e equivalentes serão utilizados para a leitura dos resultados de glicemia e hemoglobina glicada. O descarte das tiras reagentes e das lancetas será feito em caixa coletora para perfuro-cortantes. A glicemia e a hemoglobina glicada capilar serão realizadas em todos os participantes, na segunda avaliação previamente agendada, após jejum de 8 horas.

Serão consideradas diabéticas:

1. Pessoas sabidamente diabéticas por meio de diagnóstico médico com ou sem uso de insulina e/ou medicação antidiabética oral prescrita pelo médico.
2. Pessoas que no dia da avaliação apresentarem glicemia capilar de jejum (8 horas sem ingestão de alimentos) igual ou superior a 126 mg/dL e/ou hemoglobina glicada capilar igual ou superior a 6,5% (32); (42) e/ou sintomas clássicos de hiperglicemia ou em crise hiperglicêmica (como poliúria, polidipsia, perda inexplicada de peso).

Todas as pessoas que forem consideradas com DM e apresentarem exames fora das metas glicêmicas de controle da doença (pré-prandial > 110 mg/dl; e hemoglobina glicada > 7%) serão orientadas a procurar um serviço de saúde, caso não estejam em acompanhamento ainda, ou comunicar o resultado à equipe de saúde à qual estão vinculadas. Na presença de sintomatologia que caracterize crise hiperglicêmica ou hipoglicêmica aguda, o SAMU será acionado.

Serão consideradas pré-diabéticas:

1. Pessoas sabidamente com intolerância à sobrecarga de glicose ou glicemia de jejum alterada, por meio de diagnóstico médico prévio, com ou sem uso de medicação antidiabética oral (32), (42).
2. Pessoas que no dia da avaliação apresentarem glicemia capilar de jejum (mais de 8 horas sem ingestão de alimentos) entre 100 e 125 mg/dL e/ou hemoglobina glicada capilar entre 5,5% e 6,4% (32), (42).

3.2.3. Fatores de risco associados para DCNT

Segundo a OMS (49), as quatro principais DCNT (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) correlacionam-se com os mesmos fatores modificáveis de risco (obesidade, inatividade física, alimentação não saudável, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas). É elevada a prevalência e a aglomeração destes fatores na comunidade, o que reforça a importância do seu monitoramento e de políticas públicas que abordem o perfil de risco da população de forma integral (50). Por isso, o sistema VIGITEL, implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, monitora a frequência destes fatores nas 27 capitais brasileiras e no Distrito Federal (15).

Excesso de peso (sobrepeso e obesidade) e obesidade central

O excesso de peso é considerado hoje um fator independente de risco para HAS, dislipidemia e doença cardiovascular e está fortemente associado ao desenvolvimento do DM tipo 2 e de suas complicações crônicas (42). Estudos como o *Diabetes Prevention Program* (41) demonstraram que o excesso de peso é o fator de risco preditivo de DM tipo 2 mais sensível à APS, por ser modificável.

Nem toda pessoa com excesso de peso desenvolve HAS, dislipidemia ou diabetes, porém, há correlação linear entre o grau desse excesso e a prevalência destas condições, relação esta que aumenta com o tempo de evolução e a distribuição central da gordura corporal. Este padrão de

obesidade, com acúmulo de tecido adiposo no abdome e grande aumento da cintura, caracteriza depósito de gordura visceral, que age como um órgão endócrino com elevação de adipocinas, substâncias pró-inflamatórias relacionadas à disfunção vascular endotelial e à insulinoresistência (51).

O VIGITEL tem acompanhado o perfil nutricional e segundo o inquérito realizado em 2011, calculando-se o Índice de Massa Corporal (IMC) a partir do peso e da altura referidos pelos respondentes, 50% da população curitibana de 18 anos e mais tem excesso de peso, sendo 16,2% classificada como obesa (15).

Neste estudo, a classificação nutricional será determinada por meio do IMC, que consiste na razão do peso atual (em kilogramas) pelo quadrado da altura (em metros) (52). A aferição do peso e da altura ocorrerá em domicílio, de acordo com orientações técnicas padronizadas no manual de antropometria da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (53), utilizando-se balança digital devidamente calibrada e estadiômetro portátil, destinado à medida da altura das pessoas na posição ereta.

Serão consideradas com excesso de peso, de acordo com os pontos de corte adotados pela Organização Mundial da Saúde (54), pelo Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional (52) e a Academia Americana de Médicos de Família (55):

Pessoas entre 18 e 59 anos e IMC igual ou superior a 25 kg/m².

Classificação do estado nutricional de pessoas entre 20 a 59 anos	
CLASSIFICAÇÃO	IMC - peso (kg)/estatura²(m)
Baixo peso	< 18,5
Adequado ou eutrófico	≥ 18,5 e < 25
Sobrepeso	≥ 25 e < 30
Obeso	≥ 30

IMC – índice de massa corporal

Fonte: Brasil, 2011; WHO, 1995 ;AAFAM, 1994

Pessoas com 60 anos e mais com IMC igual ou superior a 27 kg/m².

Classificação do estado nutricional de idosos (60 anos e mais)	
CLASSIFICAÇÃO	IMC - peso (kg)/estatura²(m)
Baixo peso	≤ 22
Adequado ou Eutrofia	> 22 e < 27
Sobrepeso	≥ 27

IMC – índice de massa corporal .

Fonte: Brasil, 2011; WHO,1995 ;AAFM,1994.

O padrão de disposição da gordura corporal será determinado pela medida da circunferência abdominal e pela circunferência do pescoço, em duas medidas, utilizando-se fita métrica inextensível, segundo as orientações técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (52).

Em relação à circunferência abdominal, serão consideradas com obesidade central (56):

1. Pessoas entre 20 e 59 anos e do gênero feminino com circunferência abdominal igual ou superior a 80 cm.
2. Pessoas entre 20 e 59 anos do gênero masculino com circunferência abdominal igual ou superior a 94 cm no dia da avaliação.

Comportamento de risco

A frequência dos quatro principais comportamentos de risco para DCNT investigados neste estudo será determinada por meio de questões que abordam o padrão alimentar, o consumo de álcool, a atividade física e o tabagismo. Estas questões baseiam-se em inquéritos populacionais já realizados no país, como a PNAD (53) e o VIGITEL (15) e na Pesquisa Nacional de Saúde (57) que está prevista para o segundo semestre de 2013 e cujo estudo preliminar foi realizado na Região Integrada de desenvolvimento do Distrito Federal para testar o questionário RIDE (58).

Inatividade física

Para a determinação do padrão de atividade física (ativos ou inativos) dos participantes do estudo, a entrevista abordará questões referentes à prática de atividade física considerando tanto o tipo de atividade exercida como os diferentes espaços onde elas podem ocorrer, de acordo com o VIGITEL (15): tempo livre, deslocamento para o trabalho ou a escola, domicílio e atividade profissional.

A caracterização de prática de atividade física suficiente no tempo livre (lazer) seguirá as últimas recomendações da OMS (49) e, para o cálculo do total de minutos despendidos na semana, serão consideradas todas as atividades com duração igual ou maior de 10 minutos, independente do número de dias envolvidos.

A classificação dos participantes em relação à atividade física será baseada no VIGITEL (15), pelo qual:

1. Serão consideradas suficientemente ativas no tempo livre as pessoas que responderem que realizam semanalmente 150 minutos ou mais de atividade física de leve a moderada intensidade (caminhada, caminhada em esteira, ciclismo, natação, ginástica, hidroginástica, voleibol, artes marciais, dança e musculação) ou 75 minutos ou mais de atividade física de intensidade vigorosa (corrida, corrida em esteira, futebol, tênis, basquetebol e aeróbica) (59).
2. Em relação à atividade física no deslocamento, serão considerados ativos os participantes que responderem que caminham ou pedalam pelo menos 30 minutos por dia para irem e/ou voltarem do trabalho ou da escola.
3. Serão consideradas inativas fisicamente as pessoas que: não fazem limpeza pesada no seu domicílio; não desenvolvem esforço físico intenso na sua atividade profissional; não se deslocam caminhando ou de bicicleta, por mais de 10 minutos, no trajeto diário até o trabalho e/ou a escola; e que nos últimos três meses, não praticaram qualquer atividade física no tempo livre.

Padrão alimentar não saudável

O padrão alimentar dos participantes do estudo será verificado por meio de questões acerca do consumo (frequência e tipo) de: feijão, verduras, legumes, frutas, suco natural de frutas, leite, carne vermelha, frango/galinha, peixe, refrigerante/ suco artificial (15). A classificação do padrão alimentar em saudável e não saudável também será baseada no VIGITEL (15).

Serão considerados padrões alimentares não saudáveis, o hábito de consumir:

1. Refrigerantes/sucos artificiais.
2. Leite com teor integral de gordura.
3. Carnes com excesso de gordura (carne vermelha com gordura aparente e frango/galinha com pele).

Serão considerados padrões alimentares saudáveis:

1. Consumo regular (cinco ou mais dias da semana) de frutas, verduras e legumes.
2. Consumo diário recomendado (cinco porções) de frutas, verduras e legumes (60).

Tabagismo e consumo de álcool

O tabagismo é a maior causa isolada e evitável de doença e morte. Segundo a OMS, responde, por 30% de todas as mortes por câncer, 90 a 95% das mortes por câncer de pulmão, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), 25% das mortes por doenças coronarianas, 25% das mortes por doenças cerebrovasculares (3).

Serão consideradas fumantes (15), as pessoas que responderem que consomem atualmente cigarros (industrializados ou de palha) ou outros produtos do tabaco que são fumados como narguilé, charuto, caximbo, cigarrilha, cigarros de cravo (ou de Bali) e cigarros indianos (ou bidis).

O consumo abusivo de álcool será caracterizado nas pessoas que responderem que consumiram pelo menos 4 (gênero feminino) ou 5 (gênero masculino) doses de bebidas alcoólicas numa única ocasião, nos últimos 30 dias (15, 58).

Risco cardiovascular global

Diferentes classificações de risco cardiovascular (RCV) global estimam a chance de uma pessoa desenvolver eventos CV num determinado período de tempo. Nenhuma delas é considerada a melhor de forma unânime uma vez que podem subestimar ou superestimar o risco de acordo com a população avaliada. Os estudos de *Framingham*, iniciados em 1948 pelo *National Heart Institute* (61), originaram vários escores para desfechos clínicos distintos como doença cardiovascular (DCV) global em 10 anos, doença coronariana em 10 ou 2 anos, doença coronariana recorrente, insuficiência cardíaca congestiva, AVE e AVE após fibrilação atrial.

Nesta pesquisa, será utilizado o escore de *Framingham* modificado para predizer se o risco de DCV global nos próximos 10 anos na população estudada e sem evento CV prévio é baixo (< 10%), médio (de 10 a 20%) ou alto (> 20%). Os fatores preditores de risco para o cálculo do escore (sexo, idade, DM, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada e não tratada, níveis de colesterol (62) serão obtidos no questionário e nos exames realizados em domicílio.

A investigação de fatores de RCV como a dislipidemia e a Doença Renal Crônica (DRC) ocorrerá por meio de morbidade referida e realização em domicílio de exame de colesterol total capilar, urinálise e ureia salivar. A correlação entre os níveis sanguíneos e salivares de ureia já foi comprovada tanto em pessoas saudáveis como em portadores de DRC nos seus diferentes estágios (63) (64). O risco para DRC será estimado por meio do questionário SCORED (*Screening for Occult Renal Disease*), validado para o português (65) e composto por 9 questões que abordam idade e sexo; história de HAS, DM, anemia e insuficiência cardíaca; doença arterial (IAM, AVE,

doença arterial periférica de membros inferiores) e perda de proteína na urina. Uma pontuação maior ou igual a 4 no SCORED identifica pessoas com 20% de risco de DRC. Uma pesquisa de prevalência de DRC na população adulta de Palmas (Tocantins) utilizou o questionário SCORED e observou associação entre valores elevados do SCORED e alto risco para DRC (66).

3.2.4. Depressão

A depressão é uma condição muito frequente na comunidade, com uma prevalência que varia entre 4 e 11%, quando se considera o ciclo de vida, e acometendo 2,6% da população (2,3% para homens e 2,8% para mulheres) num determinado momento (67). Segundo estimativas da OMS, mais de 350 milhões de pessoas no mundo são acometidas por este transtorno (39). É uma condição crônica considerada tão incapacitante quanto doenças coronarianas severas, ultrapassando outras condições como DM, artrite e asma e alcançando, em 1990, o quarto lugar como causa específica de incapacitação (67, 68). Os quadros moderados a severos comprometem mais a qualidade de vida do que o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva ou o diabetes (67), (69).

Cerca de metade dos quadros de depressão tendem à cronificação e recorrência, e os novos episódios tornam-se mais precoces, severos, longos e refratários ao tratamento (70), (71). Pessoas com DCNT como HAS e DM apresentam maior risco de ter depressão e esta interfere no tratamento e agrava o prognóstico das outras condições. Da mesma maneira, a associação da depressão com doenças cardiovasculares, endócrinas, neurológicas, renais e câncer é comum, e estas condições aumentam a predisposição para o transtorno, conferindo-lhe maior intensidade e frequência de exacerbações, manejo difícil e pior prognóstico. Apesar disto, a depressão é frequentemente subdiagnosticada na APS.

Neste estudo, a determinação da frequência de depressão e de risco para a doença será realizada por:

1. Morbidade referida com questões sobre diagnóstico médico prévio e/ou uso contínuo de medicação antidepressiva prescrita pelo médico para tratamento de transtorno depressivo, conforme a PNAD 2008 (72) e a PNS (58).

2. Aplicação da escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ), validada por Kroenke, Spitzer e Williams (73). Esta escala é utilizada para apoiar o diagnóstico, o monitoramento e a avaliação da severidade e do risco dos quadros de depressão.

Serão consideradas portadoras de depressão, pessoas sabidamente com depressão (por meio de diagnóstico médico) e/ou em uso de medicamentos antidepressivos prescritos pelo médico para tratamento desta condição. O risco para depressão naquelas sem diagnóstico e tratamento médico prévios será determinado de acordo com o PHQ onde escore 5 a 9 sugere risco leve, 10 a 14 sugere risco moderado, 15 a 19 sugere risco moderadamente severo e ≥ 20 sugere risco severo (73).

3.2.5 Condição socioeconômica e autopercepção de saúde

A condição socioeconômica será avaliada por meio de questões referentes à ocupação, escolaridade, renda familiar, estado conjugal e trabalho, baseadas em inquéritos domiciliares como a PNAD (72) e o VIGITEL (15).

A autopercepção do estado de saúde será verificada por uma questão simples presente na entrevista acerca de como a pessoa avalia seu estado atual de saúde. Este indicador correlaciona-se fortemente com medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços de saúde e é considerado um preditor poderoso de mortalidade (74), (75), sendo investigado em inquéritos como o VIGITEL (15).

3.2.6. Utilização dos serviços de saúde e percepção da presença e extensão dos atributos da APS

Mais da metade da população curitibana é coberta pela saúde suplementar, segundo dados da Agência Nacional de Saúde referentes a dezembro de 2012 (76). No entanto, inúmeras pessoas utilizam concomitantemente os serviços públicos de saúde. Para a determinação do número de participantes usuários do SUS e/ou beneficiários da saúde suplementar assim como do acesso e da utilização destes serviços, serão realizadas questões baseadas na PNAD 2008 (72) e no questionário RIDE (58).

A avaliação dos atributos da APS (primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação, centralização da família, orientação para a comunidade e adequação cultural) e da percepção dos participantes quanto ao cuidado prestado pelo serviço de saúde utilizado será

realizada pela aplicação do instrumento estruturado PCATool-Brasil (*Primary Care Assessment tool – Brasil*), versão usuário adulto, traduzido e validado por Harzheim e col. (77) a partir do inquérito elaborado por Barbara Starfield e colaboradores (78, 79). Para os participantes que não são usuários da rede pública municipal de saúde, será aplicada uma versão resumida do mesmo enquanto que para os usuários do SUS, será aplicada a versão completa (77, 80).

Cada resposta do inquérito é estruturada seguindo uma escala tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo ou subdimensão onde: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim (81). A média do conjunto de escores de cada atributo resulta num escore global que caracteriza o grau de percepção do usuário em relação à orientação do serviço de saúde para a APS. O valor obtido é então transformado para uma escala de 0 a 10, de acordo com a seguinte equação (81):

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{\text{escore obtido} - 1 \times 10}{4 - 1}$$

O escore geral da APS é classificado em duas categorias (81):

1. Baixo escore quando menor de 6,6.
2. Alto escore quando igual ou maior de 6,6.

3.3. Plano Amostral

O plano amostral deve ser baseado nos objetivos da pesquisa, na população a ser estudada, bem como nos parâmetros e variáveis que irão ser medidos. Será utilizado como referência para este estudo o Plano Amostral empregado no levantamento epidemiológico nacional das condições de saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde em 2010 (82). Adaptando este plano para a presente pesquisa, será empregada uma abordagem caracterizada como amostragem proporcional estratificada por grupos etários de interesse. A Figura abaixo apresenta o esquema do processo de composição e acesso a amostra em Curitiba.

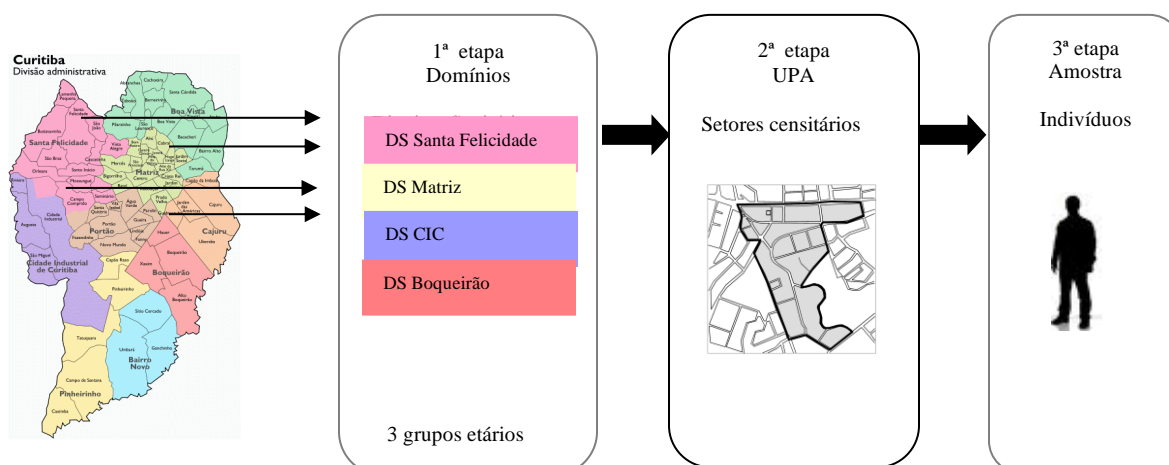


Figura 1. Esquema do processo de composição e acesso à amostra.

Serão apresentadas a seguir as unidades amostrais, tamanho da amostra e técnica de seleção dos elementos da amostra.

3.3.1. Domínios e Unidades Primárias de Amostragem (UPA)

O Plano Amostral constará de domínios relativos aos Distritos Sanitários da cidade de Curitiba. Foram selecionados 4 Distritos Sanitários representativos da cidade considerando sua distribuição geográfica, perfil da população (número e distribuição por faixa etária de interesse) e utilização dos serviços de saúde.

Em cada um destes Distritos Sanitários, 3 grupos etários serão analisados, compreendendo os intervalos de 18 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos. A distribuição da população por grupo etário dos 4 Distritos Sanitários selecionados é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da população por grupo etário nos Distritos Sanitários selecionados, Curitiba, 2010.

	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e +
DS Santa Felicidade	65497	47359	21321
DS Boqueirão	77242	51288	21036
DS Matriz	77581	52952	36912
DS CIC	68312	39986	12492

Em cada domínio serão utilizadas 20 Unidades Primárias de Amostragem (UPA) compostas por setores censitários sorteados a partir da base de informações do IBGE (83).

3.3.2. Tamanho da amostra

Para definir o tamanho da amostra adequado para representar a população de referência é necessário conhecer a estimativa da frequência e também a variabilidade do principal problema a ser investigado nessa população, estabelecendo uma margem de erro aceitável. Podem ser utilizadas estimativas encontradas em trabalhos anteriores sobre a mesma característica ou em informações existentes para populações que possam ser consideradas semelhantes à população de referência do estudo, entre outros recursos.

Para esta pesquisa, será considerada como padrão de referência a prevalência média estimada de Hipertensão Arterial (30%) baseada na revisão sistemática da literatura sobre estudos de base populacional de Hipertensão no Brasil conduzida por Neder e Borges (22). Os dados de sua prevalência média em população adulta geram tamanhos de amostra que permitem inferências adequadas para os outros agravos a serem pesquisados.

O tamanho da amostra foi calculado para os grupos etários de 18 a 39, 40 a 59 e 60 e mais anos em cada um dos Distritos Sanitários selecionados. O quadro abaixo apresenta a fórmula utilizada para o cálculo da amostra.

Quadro 3. Fórmula para cálculo do tamanho da amostra proporcional por grupos etários.

$n = \frac{\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{K^2 \cdot p \cdot q}{E^2} - 1 \right]}$	<p>p = proporção de casos favoráveis na população</p> <p>q = 1 - p</p> <p>n = número de elementos na amostra</p> <p>N = número de elementos na população</p> <p>E = erro amostral relativo permissível</p> <p>K = valor da tabela correspondente à área sob a curva normal padronizada, para um determinado nível de confiança (1 - alfa)</p>
--	---

Considerando-se os totais de cada domínio, serão examinados 1160 indivíduos.

A Tabela 2 ilustra os tamanhos de amostra proporcional para cada grupo etário nos DS selecionados.

Tabela 2. Tamanhos de amostra requeridos segundo grupo etário e domínio. Curitiba, 2010.

	Grupo etário		
	18 a 39 anos	40 a 59 anos	60 anos e +
Domínios	N	n	n
DS Santa Felicidade	88	96	89
DS Boqueirão	104	103	89
DS Matriz	104	107	156
DS CIC	91	81	53

Margem de erro 5%. Taxa de Não-Reposta = 20%.

3.3.3. Sorteio das Unidades Secundárias e dos Elementos Amostrais

Definidos os Distritos Sanitários e o número de indivíduos a ser examinado em cada um deles, é necessário estabelecer a segunda etapa: o sorteio das Unidades Amostrais Secundárias (UAS), os domicílios dentro dos setores censitários.

Uma vez definido o número de setores censitários em cada Distrito Sanitário, os mesmos serão sorteados pela técnica de amostragem casual sistemática (30 em cada Distrito Sanitário). Após o sorteio, será calculada a fração de amostragem, tendo como base o número de domicílios em cada setor, a probabilidade de ocorrência de cada grupo etário e o tamanho da amostra requerido. A partir das frações, serão elaboradas listas de domicílios para orientar as equipes de campo.

Farão parte da amostra indivíduos de 18 anos e mais, residente na região urbana do município de Curitiba, não gestante, sem doença aguda vigente no dia da entrevista, com autonomia para responder o questionário e que consentam em participar do estudo. Serão excluídos indivíduos residentes em Instituições de Longa Permanência.

Em material suplementar (manuais) toda a técnica de seleção dos elementos amostrais será devidamente detalhada de modo a subsidiar as informações necessárias para as equipes que farão a coleta dos dados sobre as diferentes possibilidades.

3.3.4. Treinamento e Preparação das Equipes

As equipes de campo serão treinadas em Oficinas de Trabalho com objetivo de discutir a operacionalização das etapas do trabalho, as atribuições de cada participante e assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos.

Deverá ser programado o treinamento dos acadêmicos do Curso de Medicina da PUCPR para que possam exercer as funções de examinador. O treinamento dos examinadores envolverá aspectos teóricos e práticos dos indicadores a serem utilizados. Os procedimentos de treinamento serão planejados de modo a antecipar (simular) as condições que os examinadores encontrarão, sobretudo em relação aos diferentes grupos populacionais.

3.3.5. Estudo piloto

Um estudo piloto será realizado numa amostra de respondentes para testar todos os procedimentos e analisar falhas e acertos na condução dos trabalhos, inconsistências e problemas nos instrumentos, além do planejamento do tempo de execução por entrevista. Os instrumentos e procedimentos serão ajustados de acordo com o estudo piloto.

3.3.6. Apuração e Análise dos dados

Os dados serão coletados em entrevistas face a face, em domicílio, bem como a determinação de parâmetros físicos e laboratoriais em condições padronizadas, por uma equipe de alunos do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As informações serão registradas em dispositivo eletrônico (*tablet*) contendo um *software* específico para a entrada de dados e cada equipe terá um *tablet* disponível. Desse modo, o uso de fichas em papel ocorrerá somente em situações excepcionais. Neste caso, cuidados serão tomados com relação à manutenção de uma adequada consistência na digitação a partir de rotinas de programação que corrigirão eventuais erros, além da posterior verificação de consistência de digitação.

A análise dos dados será baseada em estimativas das médias e frequências, bem como de testes de associação entre variáveis para cada estrato da população estudada.

4. IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O protocolo de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR para aprovação ética, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, para análise de viabilidade. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, tal procedimento pressupõe a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Consentimento em anexo, onde serão esclarecidas as características dos exames a serem realizados, o sigilo dos dados obtidos e a livre decisão de participação do sujeito desautorizando qualquer forma de pressão ou coação para essa colaboração, será exigido de todos os indivíduos participantes da amostra, sendo devidamente assinado ou identificado por impressão dactiloscópica.

• **Orçamento**

Este projeto será financiado por recurso proveniente da Carta Acordo BR/LOA/1200096.001, firmada entre a Associação Paranaense de Cultura - APC e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Bolsa para pesquisador responsável pela formulação do projeto, seleção dos examinadores, calibração e supervisão do trabalho de campo (5 meses)	2.000,00	10.000,00
Bolsa para pesquisadores de campo (4 examinadores x 3 meses)	1.200,00	14.400,00
Material de expediente		404,00
<i>Tablets</i> (8)	400,00	5.600,00
Esfigmomanômetro digital automático (4)	265,00	1.060,00
Tiras reagentes de colesterol capilar (24 caixas)	36,00	864,00
Tiras reagentes de glicemia capilar (24 caixas)	36,00	864,00
Glicosímetro (4)	50,00	200,00
Tiras reagentes de hemoglobina glicada (24 caixas)	67,00	1608,00
Total		35.000,00

Tiras reagentes de ureia salivar e aparelho para aferição serão obtidas por doação de empresa. Fita métrica, estadiômetro e balança digital serão emprestados pela SMS Curitiba.

• **Cronograma**

	2013					
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6
Elaboração do projeto de pesquisa	x	x				
Submissão do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa			x			
Capacitação de pesquisadores/calibração/oficinas preparatórias			x			
Aplicação de Estudo-Piloto			x			
Coleta de dados			x	x	x	
Análise dos dados				x	x	
Entrega de relatório de pesquisa						x

• REFERÊNCIAS

1. WHO, world health organization. GLOBAL STATUS REPORT ON NONCOMMUNICABLE DISEASES 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Schmidt M, Duncan B, Silva G, Menezes A, Monteiro A, Barreto S, et al. HEALTH IN BRAZIL 4. CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN BRAZIL: BURDEN AND CURRENT CHALLENGES. THE LANCET. 2011(377):1949-61.
3. WHO, world health organization. THE WORLD HEALTH REPORT 2002: REDUCING THE RISKS, PROMOTING HEALTHY LIFE. 2002 [UPDATED 2002; CITED 2013 MARÇO]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.WHO.INT/WHR/2002/EN/](http://www.who.int/whr/2002/en/).
4. WHO, world health organization. GLOBAL STRATEGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES (WHA A53/14). GENEVA: World Health Organization; 2000 [UPDATED 2000; CITED 2013 MARÇO]; AVAILABLE FROM: [HTTP://APPS.WHO.INT/GB/ARCHIVE/PDF_FILES/WHA53/EA14.PDF](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/wha53/ea14.pdf).
5. WHO, world health organization. 2008-2013 ACTION PLAN FOR THE GLOBAL STRATEGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES : PREVENT AND CONTROL CARDIOVASCULAR DISEASES, CANCERS, CHRONIC RESPIRATORY DISEASES AND DIABETES. GENEVA: World Health Organization; 2008 CONTRACT NO.: DOCUMENT NUMBER|.
6. WHO, world health organization. A PRIORITIZED RESEARCH AGENDA FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES. GENEVA: World Health Organization; 2010.
7. WHO, world health organization. IMPLEMENTATION OF THE GLOBAL STRATEGY FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES AND THE ACTION PLAN (WORLD HEALTH ASSEMBLY A65/8). GENEVA: WHO; 2012 [UPDATED 2012; CITED 2013 MARÇO]; AVAILABLE FROM: [HTTP://APPS.WHO.INT/GB/EBWHA/PDF_FILES/WHA65/A65_8-EN.PDF](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha65/a65_8-en.pdf).
8. Mendis S, Alwan A. PRIORITIZED RESEARCH AGENDA FOR PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES. GENEVA: World Health Organization; 2011.
9. Duncan BB, Schimidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ÁREA

METROPOLITANA NA REGIÃO SUL DO BRASIL: PREVALÊNCIA E SIMULTANEIDADE. REV SAÚDE PÚBLICA. 1993(27):43-8.

10. Lessa I. O ADULTO BRASILEIRO E AS DOENÇAS DA MODERNIDADE: EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS. Abrasco, EDITOR. RIO DE JANEIRO: Hucitec; 1998.

11. Lessa I. EPIDEMIOLOGIA DA HAS E DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO BRASIL. REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. 2001(8):383-92.

12. Lessa I. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL: UM DESAFIO PARA A COMPLEXA TAREFA DA VIGILÂNCIA. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. 2004;9(4):931-43.

13. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. EPIDEMIOLOGIA DOS FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA BRASILEIRA. REV BRAS HIPERTENS. 2006;13:134-43.

14. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS: MORTALIDADE E FATORES DE RISCO NO BRASIL, 1990 A 2006. IN: SAÚDE BRASIL 2008. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009; 337-62.

15. Brasil, ministério da Saúde. VIGITEL 2011 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2012|.

16. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, Svs. PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL 2011-2022. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011.

17. Malta DC, Junior JBS. O PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL E A DEFINIÇÃO DAS METAS GLOBAIS PARA O ENFRENTAMENTO DESSAS DOENÇAS ATÉ 2025: UMA REVISÃO EPIDEMIOLOGIA SERV SAÚDE. 2013;22(1):151-64.

18. Curitiba, Saúde SM. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO 2011. CURITIBA: SMS; 2011 |.

19. Mendes EV. O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA. OPAS, editor. BRASÍLIA: OPAS; 2012.

20. Viacava F. INFORMAÇÕES EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DOS INQUÉRITOS POPULACIONAIS. CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. 2002;7(4):607-21.

21. Williams B. THE YEAR IN HYPERTENSION. JOURNAL OF AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. 2010;55(1):66-73.

22. Neder MM, Borges AAN. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO BRASIL: O QUE AVANÇAMOS NO CONHECIMENTO DE SUA EPIDEMIOLOGIA? . REVISTA BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. 2006;13(2):126-33.

23. Vargas CM, Burt VL, Gillum RF, Pamuk ER. VALIDITY OF SELF-REPORTED HYPERTENSION IN THE NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY III, 1988-91. PREVENTIVE MEDICINE. 1997(26):678-85.

24. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JOA. VALIDADE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL AUTO-REFERIDA E SEUS DETERMINANTES (PROJETO BAMBUÍ). REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA 2004;38(5):637-42.

25. Schmidt MI, Duncan B, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. PREVALÊNCIA DE DIABETES E HIPERTENSÃO NO BRASIL BASEADA EM

INQUÉRITO DE MORBIDADE AUTO-REFERIDA, BRASIL, 2006. REV SAÚDE PÚBLICA. 2009;43(SUPL 2):74-82.

26. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. VIGITEL 2006 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2007.

27. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. VIGITEL 2007 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2008.

28. Brasil, ministério da saúde. VIGITEL 2008 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009].

29. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. VIGITEL 2009 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2010.

30. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. VIGITEL 2010 - VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011.

31. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, ET AL. PREVALENCE OF HYPERTENSION IN THE US ADULT POPULATION RESULTS FROM THE THIRD NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY, 1988-1991. . HYPERTENSION. 1995;25:305-13.

32. SBD, SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. pOSICIONAMENTO OFICIAL SBD N. 3 - 2011. ALGORITMO PARA O TRATAMENTO DO DIABETES TIPO 2: ATUALIZAÇÃO 2011. 2011 [UPDATED 2011; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM:

[HTTP://WWW.DIABETES.ORG.BR/ATTACHMENTS/POSICIONAMENTO/POSICIONAMENTO-SBD-N-03-2011.PDF](http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf).

33. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, SAS, DAB. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. BRASÍLIA: MINISTERIO DA SAUDE; 2006.

34. SOCIEDADE BRASILEIRA DE Cardiologia, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE Nefrologia. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. ARQ BRAS CARDIOL. 2010;95(1 SUPL.1):1-51.

35. Fuchs S, Petter JG, Accordi MC, Zen VL, Pizzol-Jr AD, Moreira LM, et al. ESTABELECENDO A PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. INFLUÊNCIA DOS CRITÉRIOS DE AMOSTRAGEM. ARQ BRAS CARDIOL. 2001;76(6):445-8.

36. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyörälä K, Laakso M. MORTALITY FROM CORONARY HEART DISEASE IN SUBJECTS WITH TYPE 2 DIABETES AND IN NONDIABETIC SUBJECTS WITH AND WITHOUT PRIOR MYOCARDIAL INFARCTION. NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE. 1998;339:229-34.

37. Almdal T, Scharling H, Jensen JS, Vestergaard H. THE INDEPENDENT EFFECT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS ON ISCHEMIC HEART DISEASE, STROKE, AND DEATH: A POPULATION-BASED STUDY OF 13000 MEN AND WOMEN WITH 20 YEARS OF FOLLOW-UP. ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE. 2004;164:1422-6.

38. NCEP, NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION Program. THIRD REPORT OF THE NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP) EXPERT PANEL ON DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF HIGH BLOOD

CHOLESTEROL IN ADULTS (ADULTS TREATMENT PANEL III) FINAL REPORT. CIRCULATION. 2002;106:3143-421.

39. WHO, world health organization. THE GLOBAL BURDEN OF MENTAL DISORDERS AND THE NEED FOR A COMPREHENSIVE, COORDINATED RESPONSE FROM HEALTH AND SOCIAL SECTORS AT THE COUNTRY LEVEL. GENEVA: WHO; 2012.

40. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. PREVENTION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS BY CHANGES IN LIFESTYLE AMONG SUBJECTS WITH IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE. N ENGL J MED. 2001;344:1343-50.

41. DPPG, DIABETES PREVENTION RESEARCH Group. REDUCTION IN THE EVIDENCE OF TYPE 2 DIABETES WITH LIFE-STYLE INTERVENTION OR METFORMIN. N ENGL J MED. 2002;346:393-403.

42. ADA, AMERICAN DIABETES Association. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES - 2013. DIABETES CARE. 2013(31):S11-566.

43. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, SAS, DAB. *DIABETES MELLITUS*. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2006.

44. Malerbi DA, Franco LJ. MULTICENTER STUDY OF THE PREVALENCE OF DIABETES MELLITUS AND IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE IN THE URBAN BRAZILIAN POPULATION AGED 30-69 YR. DIABETES CARE. 1992(15):1509-16.

45. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, COBERTURA DE TRATAMENTO E AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS INDIVÍDUOS QUE REFERIRAM SEIS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL, 2003. CAD SAUDE PUBLICA. 2005;21(SUPL 1):43-53.

46. Freitas LRSd, Garcia LP. EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DO DIABETES E DESTA ASSOCIADO À HIPERTENSÃO ARTERIAL NO BRASIL: ANÁLISE DA PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 1998, 2003 E 2008. EPIDEMIOL SERV SAÚDE. 2012;21(1):7-19.

47. Passos VM, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. TYPE 2 DIABETES: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS IN A BRAZILIAN COMMUNITY-THE BAMBUI HEALTH AND AGING STUDY. SAO PAULO MED J. 2005;123(2):66-71.

48. Lindström J, Tuomilehto J. THE DIABETES RISK SCORE: A PRACTICAL TOOL TO PREDICT TYPE 2 DIABETES RISK. DIABETES CARE. 2003;26:725-31.

49. WHO, world health organization. GLOBAL RECOMMENDATIONS ON PHYSICAL ACTIVITY FOR HEALTH. GENEVA: WHO; 2011.

50. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. HYPERTENSION AND CLUSTERING OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN A COMMUNITY IN SOUTHEAST BRAZIL - THE BAMBUI HEALTH AND AGEING STUDY. ARQUIVO BRASILEIRO DE CARDIOLOGIA. 2001;77(6):576-81.

51. Curitiba, secretaria municipal da saúde, centro de informação em saúde. DIRETRIZ DE ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETE MELITO TIPO 2. CURITIBA: SMS; 2010.

52. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, SAS, DAB. ORIENTAÇÕES PARA A COLETA E ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE: NORMA

TÉCNICA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - SISVAN. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011.

53. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, SVS. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR PENSE: MANUAL DE ANTROPOMETRIA. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2011.

54. WHO, world health organization. PHYSICAL STATUS: THE USE AND INTERPRETATION OF ANTHROPOMETRY. GENEVA: WHO; 1995.

55. AAFP, american academy of family Physicians, american dietetic Association. THE NUTRITION SCREENING INICIATIVE. INCORPORATING NUTRITION SCREENING AND INTERVENTIONS INTO MEDICAL PRACTICE: A MONOGRAPH FOR PHYSICIANS. WASHINGTON DC: AAFP; 1994.

56. WHO, world health organization. OBESITY: PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC - REPORT OF A WHO CONSULTATION ON OBESITY. GENEVA: WHO; 2000.

57. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde, Cruz FO. PROJETO DE PLANEJAMENTO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. 2013 [UPDATED 2013; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.PNS.ICIT.FIOCRUZ.BR/INDEX.PHP?pag=PRINCIPAL](http://www.pns.icit.fiocruz.br/index.php?pag=principal).

58. Rocha PRS. SITUAÇÃO DE SAÚDE DE ADULTOS RESIDENTES NOS MUNICÍPIOS DO ENTORNO SUL DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL E ENTORNO (RIDE-DF) - INQUÉRITO DE BASE POPULACIONAL, 2010/2011. BRASÍLIA; 2012.

59. Ainsworth BE, Haskell WL, Herrmann SD, Meckes N, Jr DRB, Tudor-Locke C, ET AL. COMPENDIUM OF PHYSICAL ACTIVITIES: A SECOND UPDATE OF CODES AND MET VALUES. MEDICINE AND SCIENCE IN SPORTS AND EXERCISE. 2011;43(43):1575-81.

60. WHO, world health organization. DIET, NUTRITION AND THE PREVENTION CHRONIC DISEASES. GENEVA: WHO; 2003.

61. NHI, NATIONAL HEALTH Institute. HISTORY OF FRAMINGHAM HEART STUDY. 2013 [UPDATED 2013; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [WWW.FRAMINGHAMHEARTSTUDY.ORG/ABOUT/HISTORY.HTML](http://www.framinghamheartstudy.org/about/history.html).

62. D'Agostino V, Pencina W, Cobain M, Kannel A. A GENERAL CARDIOVASCULAR RISK PROFILE FOR USE IN PRIMARY CARE: THE FRAMINGHAM HEART STUDY. CIRCULATION. 2008(117):711-3.

63. Cardoso E, Arregger AL, Tumilasci OR, Elbert A, Contreras LN. ASSESSMENT OF SALIVARY UREA AS A LESS INVASIVE ALTERNATIVE TO SERUM DETERMINATIONS. SCAND J CLIN LAB INVEST. 2009(39):330-4.

64. Sein KT, Arumainayagam G. CORRELATION BETWEEN SERUM UREA AND SALIVARY UREA. CLIN CHEM. 1987(33):2303-4.

65. Magacho E, Andrade L, Costa T, Paula Ed, Araújo S, Pinto M, ET AL. TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO RASTREAMENTO DA DOENÇA RENAL OCULTA (SCREENING FOR OCCULT RENAL DISEASE - SCORED) PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO. J BRAS NEFROL. 2012;34(3):251-8.

66. Coutinho I. ESTUDO DE RASTREAMENTO PRECOCE DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NA POPULAÇÃO DE PALMAS - TO: UMA APLICAÇÃO DO SCORED COMPARADA AOS MÉTODOS CONVENCIONAIS. SÃO PAULO; 2011.

67. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence. DEPRESSION: THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS. LONDON: NHS; 2009 [UPDATED 2009; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM:

[HTTP://EMAILPORTAL2.CURITIBA.PR.GOV.BR/SERVICE/HOME/~-/DEP%20NICE.PDF?AUTH=CO&LOC=PT_BR&ID=4984&PART=2](http://EMAILPORTAL2.CURITIBA.PR.GOV.BR/SERVICE/HOME/~-/DEP%20NICE.PDF?AUTH=CO&LOC=PT_BR&ID=4984&PART=2).

68. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA. REVISÃO DAS DIRETRIZES DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO. REV BRAS PSIQUIATR. 2009;31(SUPL I):S7-17.

69. Brenes GA. ANXIETY, DEPRESSION, AND QUALITY OF LIFE IN PRIMARY CARE PATIENTS. PRIM CARE COMPANION. J CLIN PSYCHIATRY. 2007;9(6):437-43.

70. Kravitz RL, Ford D. INTRODUCTION: CHRONIC MEDICAL CONDITIONS AND DEPRESSION: THE VIEW FROM PRIMARY CARE. AM J MED. 2008;121(11 SUPPL 2):S1-S7.

71. ICSI, institute for clinical systems Improvement. HEALTH CARE GUIDELINE: MAJOR DEPRESSION IN ADULTS IN PRIMARY CARE. 2010 [UPDATED 2010; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [HTTP://EMAILPORTAL2.CURITIBA.PR.GOV.BR/SERVICE/HOME/~-/DEPRESSION_MAJOR_IN_ADULTS_IN_PRIMARY_CARE_3.PDF?AUTH=CO&LOC=PT_BR&ID=4985&PART=4](http://EMAILPORTAL2.CURITIBA.PR.GOV.BR/SERVICE/HOME/~-/DEPRESSION_MAJOR_IN_ADULTS_IN_PRIMARY_CARE_3.PDF?AUTH=CO&LOC=PT_BR&ID=4985&PART=4).

72. IBGE, instituto brasileiro de geografia e estatística. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIO: UM PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO À SAÚDE, 2008. RIO DE JANEIRO; 2008 [UPDATED 2008; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR/HOME/ESTATISTICA/POPULACAO/PANORAMA_SAUDE_BRASIL_2003_2008/PNAD_2008_SAUDE.PDF](http://WWW.IBGE.GOV.BR/HOME/ESTATISTICA/POPULACAO/PANORAMA_SAUDE_BRASIL_2003_2008/PNAD_2008_SAUDE.PDF).

73. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. THE PHQ-9: VALIDITY OF A BRIEF DEPRESSION SEVERITY MEASURE. JOURNAL OF GENERAL INTERNAL MEDICINE. 2001;16(9):606-13.

74. Franks P, Gold MR, Fiscella K. SOCIODEMOGRAPHICS, SELF-RATED HEALTH, AND MORTALITY IN THE US. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE. 2003;56:2505-14.

75. Ilder EL, Benyamini Y. SELF-RATED HEALTH AND MORTALITY: A REVIEW OF TWENTY-SEVEN COMMUNITY STUDIES. JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR. 1997;38:27-37.

76. ANS, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. TAXA DE COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE. 2012 [UPDATED 2012; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.ANS.GOV.BR/ANSTABNET/ANSTABNET/TABCGI.EXE?ANSTABNET/DADOS/TABNET_TX.DEF](http://WWW.ANS.GOV.BR/ANSTABNET/ANSTABNET/TABCGI.EXE?ANSTABNET/DADOS/TABNET_TX.DEF).

77. Harzheim E, Starfield B, Rajimil L, Álvarez-Duardet C, Stein AT. CONSISTÊNCIA INTERNA E CONFIABILIDADE DA VERSÃO EM PORTUGUÊS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (PCATool-BRASIL) PARA SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL. CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. 2006 22(9).

78. Cassady CE, Starfield B, PHurtado M, Berk RA, PNanda J, FriedenberG LA. MEASURING CONSUMER EXPERIENCES WITH PRIMARY CARE. PEDIATRICS. 2000;105(4):998-1003.

79. Starfield B, Xu J, Shi L. VALIDATING THE ADULT PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL. THE JOURNAL OF FAMILY PRACTICE. 2001;50(2):161-75.

80. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. SAS. DAB. MANUAL DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL PCATool - BRASIL. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2010.

81. Oliveira MMC. PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO

ALEGRE: UMA ANÁLISE AGREGADA. PORTO ALEGRE: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL; 2007.

82. Brasil, MINISTÉRIO DA Saúde. SAS. DAB. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. SBBrazil 2010 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. PROJETO TÉCNICO. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2009.

83. IBGE, instituto brasileiro de geografia e estatística. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. IBGE; 2010 [UPDATED 2010; CITED MARÇO 2013]; AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR/HOME/ESTATISTICA/POPULACAO/CENSO2010/DEFAULT.SHTM](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm).

ANEXOS

MÓDULO 1 – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

INFORMAÇÕES DA EQUIPE

Entrevistador

Grupo

Distrito Sanitário

Matriz Santa Felicidade Boqueirão CIC

INFORMAÇÕES DE AMOSTRAGEM

Data

Horário

Número de identificação do domicílio

Setor censitário (IBGE)

Unidade da federação

Município

Distrito

Subdistrito

Bairro

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO/ RESPONDENTE

Não residencial

Não encontrado

Fora do setor censitário

Outra

Residência fechada

Recusou a participação

Exclusão (marque): nenhum morador elegível < 18 anos gestante doença aguda
vigente sem autonomia

INFORMAÇÕES PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

1 Qual é o seu nome? (nome completo e por extenso)

2 Qual é o seu endereço?

Rua (com número e complemento)

Cidade

CEP

3 Quais os telefones de contato?

residencial

celular

comercial

outro

Não tem telefone para contato

4 Sexo feminino

masculino

5 Idade _____ anos

6 Data de nascimento ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

7 Estado conjugal

Nunca casou

casado ou vive com companheiro

separado ou divorciado

viúvo

8 Qual é a sua etnia (raça, cor) (entrevistador, considere o que a pessoa declarou, exemplos em parênteses)

Branca

Preta

Parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça)

Amarela (japonês, chinês, coreano etc.)

Indígena (ou índia)

Não sabe/não quer informar

9 Quantos anos completos de estudo o sr(a) tem? _____ (anotar)

10 Até que série o Sr(a) estudou e completou com aprovação?_____

(entrevistador, complete a linha e marque um x nas alternativas abaixo)

Nunca estudou ou menos de 1 ano

Ensino fundamental (antigo primário)	1	2	3	4	
Ensino fundamental (antigo ginásio)		5	6	7	8
Ensino médio (antigo científico)	1	2	3		
Ensino superior (faculdade)		incompleto	completo e mais		

11 O Sr(a) trabalha ou trabalhava?

Nunca trabalhou (**passa para 15**)

Trabalha e está em atividade atualmente (**passa para 13**)

Trabalha e está sem atividade atualmente (**passa para 12**)

Já trabalhou e não trabalha mais (**passa para 12**)

12 Qual é a principal razão do Sr(a) estar sem atividade no momento

Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos

Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho

Estudos / treinamento

Aposentado por tempo de trabalho/idade

Aposentado por doença/invalidez

Afastado por doença

Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença etc.)

Outra (especifique):

13 Qual é ou era a sua principal situação de trabalho

(Entrevistador: Com a ajuda do entrevistado, classifique a situação de acordo com as alternativas a seguir. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação)

Servidor público

Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada

Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada

Empregado familiar não remunerado

Por conta própria ou autônomo com estabelecimento

Por conta própria ou autônomo sem estabelecimento

Empregador com até 5 funcionários fixos

Empregador com mais de 5 funcionários fixos

14 Qual é ou era a sua principal ocupação no trabalho?

(Entrevistador: com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado. No caso de mais de um emprego, escolha a principal ocupação).

Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa

Profissionais do nível superior

Profissionais das artes

Profissionais ou técnicos de nível médio

Trabalhadores de serviços administrativos

Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários

Trabalhadores de serviços domésticos

Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca

Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)

Trabalhadores manuais da construção civil

Trabalhadores manuais de reparação e manutenção

Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares

Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro etc.)

15 O sr(a) tem renda mensal? (Como salário, seguro-desemprego, mesada, doação, aluguel de imóveis, venda de produtos ou serviços, pensão, aposentadoria, rendimento de aplicações, outros)

Sim

Não

Não sabe/não quis informar

16 Qual é o valor total aproximado da sua renda mensal? (Somando salário, seguro-desemprego, mesada, doação, aluguel de imóveis, venda de produtos ou serviços, pensão, aposentadoria, rendimento de aplicações, outros)

Valor em reais _____

Não sabe/não quis informar

(depois de anotar no campo, preencha a faixa de renda a seguir)

Menos de 1 salário mínimo – SM (R\$ 678,00)

Entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 678,00 e menos de R\$ 1356,00)

Entre 2 e 3 salários mínimos (R\$ 1356,00 e menos de R\$ 2034,00)

Entre 3 e 4 salários mínimos (R\$ 2034,00 e menos de R\$ 2712,00)

Entre 4 e 5 salários mínimos (R\$ 2712,00 e menos de R\$ 3390,00)

Entre 5 e 6 salários mínimos (R\$ 3390,00 e menos de R\$ 4068,00)

Entre 6 e 7 salários mínimos (R\$ 4068,00 e menos de R\$ 4746,00)

Entre 7 e 8 salários mínimos (R\$ 4746,00 e menos de R\$ 5424,00)

Entre 8 e 9 salários mínimos (R\$ 5424,00 e menos de R\$ 6102,00)

Entre 9 e 10 salários mínimos (R\$ 6102,00 e menos de R\$ 6758,00)

10 ou mais salários mínimos (R\$ 6780,00 ou mais)

17 Qual é o valor total aproximado da renda total do domicílio? (Soma dos rendimentos mensais dos moradores da unidade domiciliar, excluindo a renda de pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja condição na unidade domiciliar fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico)

Valor em reais _____

Não sabe/não quis informar

(depois de anotar no campo, preencha a faixa de renda a seguir)

Menos de 1 salário mínimo – SM (R\$ 678,00)

Entre 1 e 2 salários mínimos (R\$ 678,00 e menos de R\$ 1356,00)

Entre 2 e 3 salários mínimos (R\$ 1356,00 e menos de R\$ 2034,00)

Entre 3 e 4 salários mínimos (R\$ 2034,00 e menos de R\$ 2712,00)

Entre 4 e 5 salários mínimos (R\$ 2712,00 e menos de R\$ 3390,00)

Entre 5 e 6 salários mínimos (R\$ 3390,00 e menos de R\$ 4068,00)

Entre 6 e 7 salários mínimos (R\$ 4068,00 e menos de R\$ 4746,00)

Entre 7 e 8 salários mínimos (R\$ 4746,00 e menos de R\$ 5424,00)

Entre 8 e 9 salários mínimos (R\$ 5424,00 e menos de R\$ 6102,00)

Entre 9 e 10 salários mínimos (R\$ 6102,00 e menos de R\$ 6758,00)

10 ou mais salários mínimos (R\$ 6780,00 ou mais)

1 vez ao dia (almoço ou janta)

2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

5 Em quantos dias da semana, o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume cozido como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (exceto batata, mandioca ou inhame)?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 7) 1 dia 2 dias

3dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 7)

6 Em geral, quantas vezes por dia o sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido?

1 vez ao dia (almoço ou janta)

2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

7 Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 9) 1 dia 2 dias

3dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 9)

8 Em geral, quantas vezes por dia o sr(a) costuma comer frutas?

1 vez ao dia (almoço ou janta)

2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

9 Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar suco de frutas natural?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 11) 1 dia 2 dias

3dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 11)

10 Em geral, quantos copos por dia o sr(a) toma de suco de frutas natural?

1 vez ao dia (almoço ou janta)

2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

11 Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante e/ou suco artificial?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 13) 1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 13)

12 Em geral, quantos copos por dia o Sr(a) toma de refrigerante e/ou suco artificial?

1 vez ao dia (almoço ou janta)

2 vezes ao dia (almoço e janta)

3 ou mais vezes ao dia

13 Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma tomar leite?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 15) 1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 15)

14 Quando o senhor(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

Desnatado ou Semidesnatado

Integral

Os dois tipos

Não sabe

15 Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 17) 1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 17)

16 Quando o(a) senhor(a) come carne vermelha com gordura, o(a) senhor(a) costuma:

Tirar a gordura visível (excesso de gordura)

Comer a gordura visível

17 Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango ou galinha?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 19) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 19)

18 Quando o(a) senhor(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr(a) costuma:

Tirar a pele

Comer a pele

19 Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe?

Nunca ou menos de 1 vez por semana 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar

20 19 Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer mortadela, presunto, salame?

Nunca ou menos de 1 vez por semana 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar

VAMOS CONVERSAR SOBRE SUA ATIVIDADE FÍSICA

21 Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

(exceto fisioterapia)

Sim

Não (passe para 25)

Não sabe/não quis informar (ir para 25)

22 Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (ir para 25) 1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 25)

23 Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) senhor(a) pratica com mais frequência? (apenas o primeiro citado – aceitar apenas 1)

Caminhada (não vale para o trabalho ou escola)

Caminhada em esteira

Corrida

Corrida em esteira

Musculação

Ginástica aeróbica (*spinning, step, jump*)

Hidroginástica

Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)

Natação

Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)

Bicicleta

Futebol

Basquetebol

Voleibol

Tênis

Dança

Outros (especificar) _____

Não sabe/não quis informar

24 Em geral, quando o sr(a) pratica exercício ou esporte ou faz caminhada, quanto tempo dura esta atividade?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador – anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

25 Nos últimos três meses, o Sr(a) trabalhou?

Sim

Não – passe para 32

Não sabe/não quis informar

26 Para ir ou voltar ao seu trabalho, o Sr(a) faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

Sim, todo o trajeto

Sim, parte do trajeto

Não – passe para 28

Não sabe/não quis informar (ir para 28)

27 Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para completar este trajeto (a pé ou de bicicleta) considerando a ida e a volta?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador – anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

28 No desempenho do seu trabalho, quantos dias da semana o(a) sr(a) anda a pé por pelo menos 10 minutos seguidos?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 30**) 1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 30)

29 Em geral, no dia que o Sr(a) anda a pé do desempenho de suas atividades de trabalho, quanto tempo dura essa atividade?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador — anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

30 Em geral, no seu trabalho, quantos dias por semana o(a) sr(a) faz faxina pesada, carrega peso ou faz outra atividade pesada que exige esforço físico intenso?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 32**) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 32)

31 Em geral, no dia que o Sr(a) faz esforço físico intenso no trabalho, quanto tempo dura essa atividade?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador — anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

32 Nas suas atividades de rotina (como cursos, escolas, clubes ou acompanhando alguém nessas atividades), quantos dias por semana o Sr(a) faz alguma atividade que envolva deslocamento a pé ou de bicicleta?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 34**) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 34)

33 Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta para completar este trajeto (a pé ou de bicicleta) considerando a ida e a volta?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador – anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

34 No desempenho das suas atividades de rotina, em quantos dias da semana o Sr(a) faz faxina, carrega peso ou faz outra atividade pesada que exige esforço físico intenso?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 36**) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 36)

35 Em geral, no dia que o Sr(a) faz esforço físico intenso no desempenho de suas atividades de rotina, quanto tempo dura essa atividade?

_____ (horas) _____ (minutos) (entrevistador – anote horas e minutos e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 10 minutos

De 10 a 29 minutos

De 30 a 59 minutos

60 minutos ou mais

36 Quem costuma fazer a faxina de casa?

Eu sozinho (passe para 38)

Eu com outra pessoa

Outra pessoa (passe para 38)

Não sabe/não quis informar (ir para 38)

37 A parte mais pesada da faxina em casa fica:

Comigo

Com outra pessoa

Ambos

Não sabe/não quis informar

38 O Sr(a) costuma assistir televisão:

Sim, no período do trabalho

Sim, fora do período do trabalho

Sim, no período e fora do período de trabalho

Não assiste televisão (ir para 41)

39 Quantos dias por semana o Sr(a) costuma assistir televisão?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 41**) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 41)

40 Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?

_____ (horas) (entrevistador — anote e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 1 hora

De 1 a 2 horas

De 2 a 3 horas

De 3 a 4 horas

De 4 a 5 horas

De 5 a 6 horas

De 6 a 7 horas

De 7 a 8 horas

De 8 a 9 horas

De 9 a 10 horas

De 10 a 11 horas

Mais de 11

horas

41 O Sr(a) costuma usar computador, laptop, tablet:

Sim, no período do trabalho

Sim, fora do período do trabalho

Sim, no período e fora do período de trabalho

Não usa computador, laptop e tablet (ir para 44)

42 Quantos dias por semana o Sr(a) usa computador, laptop e tablet?

Nunca ou menos de 1 vez por semana (**ir para 44**) 1 dia 2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar (ir para 44)

43 Em geral, quantas horas por dia o(a) sr(a) usa computador, laptop e tablet?

_____ (horas) (entrevistador — anote e depois preencha o quadro a seguir)

Menos de 1 hora

De 1 a 2 horas

De 2 a 3 horas

De 3 a 4 horas

De 4 a 5 horas

De 5 a 6 horas

De 6 a 7 horas

De 7 a 8 horas

De 8 a 9 horas

De 9 a 10 horas

De 10 a 11 horas

Mais de 11

horas

VAMOS CONVERSAR SOBRE OUTROS HÁBITOS DE VIDA

(aparecer lembrete na tela – não considerar maconha, rapé ou fumo para mascar)

44.O sr(a). fuma atualmente?

Não – passe para 51

Sim, diariamente – passe para 45

Sim, menos que diariamente passe para 45

Não sabe/não quis informar passe para 51

45 O que o sr(a) costuma fumar? (permitir marcar mais de 1 alternativa)

Cigarro

narguilé

charuto

cachimbo

Cigarrilha

cigarro de cravo

cigarro indiano

Outro

(qual)_____

46 Quanto o Sr(a) fuma em um dia? (permitir marcar mais de 1 alternativa)

Cigarros

1 a 4

5 a 9

10 a 14

15 a 19

20 a 24

25 a 29

30 a 34

35 a 39

40 ou mais

Charutos _____

Cachimbo _____

Outro _____ quantos _____

47 Nos últimos 12 meses, o Sr(a) tentou parar de fumar?

Sim

Não passe para 50

Não sabe/não quis informar passe para 50

48 Quando tentou parar de fumar, procurou um profissional/serviço de saúde?

Sim

Não passe para 50

Não sabe/não quis informar passe para 50

49 Conseguiu o tratamento para parar de fumar com o profissional/serviço de saúde?

Sim, no SUS

Sim, fora do SUS

Não

Não sabe/não quis informar passe para 50

50 Deseja parar de fumar neste momento?

Sim

Não

Não sabe/não quis informar

51 O Sr(a) já fumou no passado?

Não passe para 54

Sim e fumava diariamente passe para 52 se resposta da pergunta 44 foi NÃO

Sim e não fumava todos os dias passe para 54

Não sabe/não quis informar passe para 54

52 Quando o Sr(a) parou de fumar? Para os que fumavam diariamente (51) e não fumam atualmente (44)

Há menos de 3 meses

Entre 3 meses e menos de 6 meses

Entre 6 meses e menos de 1 ano

Entre 1 ano e menos de 2 anos

Há 2 anos ou mais

53 O Sr(a) parou de fumar:

Com uso de medicamento

Sem uso de medicamento

Não sabe/não quis informar

54 Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

Nunca passe para 60

Menos de uma vez por mês

Uma vez ou mais por mês

Não sabe/não quis informar

55 Quantos dias por semana o sr(a). costuma tomar alguma bebida alcoólica?

Menos de 1 vez por semana

1 dia

2 dias

3 dias

4 dias

5 dias

6 dias

7 dias

Não sabe/não quis informar

56 Em geral, no dia que o Sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o sr(a) consome?

Cerveja (lata) 1

2

3

4

5

6 ou mais

Vinho (taça) 1

2

3

4

5

6 ou

mais

Dose 1

2

3

4

5

6 ou

mais

(cachaça, uísque ou destilado)

Não sabe/não quis informar

57 Só para homens - Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir cinco ou mais latas de cerveja, taças de vinho ou doses de cachaça, uísque ou destilado em uma única ocasião?

Sim

Não passe para 60

Não sabe/não quis informar passe para 60

58 Só para mulheres - Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir quatro ou mais mais latas de cerveja, taças de vinho ou doses de cachaça, uísque ou destilado em uma única ocasião?

Sim

Não passe para 60

Não sabe/não quis informar passe para 60

59 Em quantos dias do mês isto ocorreu?

1 a 3 dias

4 a 6 dias

7 dias ou mais não sabe/não quis informar

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE

60 Como o Sr(a). classificaria seu estado de saúde atual?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não sabe/não quer informar

61 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por se sentir pouco interessado ou com pouco prazer em fazer as coisas?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

62 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por se sentir para baixo, deprimido ou sem perspectiva?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

63 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter dificuldade em pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

64 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por se sentir cansado ou com pouca energia?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

65 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter falta de apetite ou comer demais?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

66 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por sentir-se mal consigo mesmo, achar que é um fracasso ou que decepcionou a si e à sua família?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

67 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por ter dificuldade em se concentrar nas coisas como ler o jornal ou ver televisão?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

68 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por apresentar lentidão para pensar e falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto, ficar tão agitado ou irrequieto que fica andando de um lado a outro, mas do que de costume?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

69 Nas 2 últimas semanas, com que frequência o sr(a) se sentiu incomodado por pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto?

Nenhum dia

Alguns dias (Menos da metade dos dias)

Mais da metade dos dias

Quase todos os dias

Não sabe/não quer informar

70 (Se em qualquer questão da 61 até a 69 a resposta foi diferente de NENHUM DIA) Qual foi o grau de dificuldade que o sr(a) apresentou para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas de casa ou para se relacionar com as pessoas devido a sentir-se incomodado nas duas últimas semanas.

Nenhuma dificuldade

Alguma dificuldade

Muita dificuldade

Extrema dificuldade

Não sabe/não quer informar

71 Quando foi a última vez que o Sr(a) fez exame para medir:

	Pressão arterial	Glicemia (açúcar no sangue)	Colesterol no sangue	Triglicérido no sangue	Creatinina no sangue	Exame de urina
Há menos de 6 meses						
Entre 6 meses e menos de 1 ano						
Entre 1 ano e menos de 2 anos						
Entre 2 anos e menos de 3 anos						
Há 3 anos ou mais						
Nunca fez						
Não sabe/não quer informar						

72 Algum **médico** já lhe disse que o Sr(a) tem hipertensão (pressão alta)?

Sim

Sim apenas durante a gravidez (para mulheres)

Não passe para 78

Não sabe/não quer informar passe para 78

73 Atualmente o Sr(a) toma medicamento para controlar a pressão prescrito pelo médico?

Sim (respondendo sim abre este campo)

Não

Não sabe/não quer informar

74 O Sr(a) faz consultas com o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhar a pressão alta? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema passe para 76

Não vai nunca passe para 76

75 Com que frequência o Sr(a) participa de atividades de grupo da Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar a pressão alta?

Sempre

Quase sempre

Quase nunca

Nunca

Não sabe/não quer informar

76 Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa da pressão alta?

Há menos de 6 meses

Entre 6 meses e menos de 1 ano

Entre 1 ano e menos de 2 anos

Entre 2 ano e menos de 3 anos

Há 3 anos ou mais

Nunca recebeu passe para 78

Não sabe/não quer informar passe para 78

77 Na última vez que o sr(a) recebeu assistência por causa da pressão alta o Sr(a) foi atendido aonde?

Unidade de saúde próxima da sua casa

Centro de especialidades médicas público

UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas

Pronto-socorro ou emergência de hospital

Ambulatório de hospital

Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

78 O Sr(a) já teve um exame de glicemia elevada (açúcar no sangue)? (por ex. num exame de saúde, durante alguma doença ou na gravidez?)

Sim

Não

Não sabe informar

79 Algum **médico** já lhe disse que o senhor (a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Sim

Sim, mas só durante a gravidez (para mulheres)

Não passe para 86

Não sabe/não quer informar passe para 86

80 Atualmente o Sr(a) toma medicamento para controlar o diabetes (baixar o açúcar no sangue) prescrito pelo médico?

Sim (respondendo sim abre este campo) Qual? Antidiabético oral insulina
antidiabético oral e insulina

Não

Não sabe/não quer informar

81 O Sr(a) costuma fazer exame de glicemia capilar (automonitoramento) em casa?

Sim

Não

Não sabe/não quer informar

82 O Sr(a) faz consultas com o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhar o diabetes? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema passe para 84

Não vai nunca passe para 84

83 Com que frequência o Sr(a) participa de atividades de grupo da Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar o diabetes?

Sempre

Quase sempre

Quase nunca

Nunca

Não sabe/não quer informar

84 Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa do diabetes?

Há menos de 6 meses

Entre 6 meses e menos de 1 ano

Entre 1 ano e menos de 2 anos

Entre 2 ano e menos de 3 anos

Há 3 anos ou mais

Nunca recebeu passe para 86

Não sabe/não quer informar passe para 86

85 Na última vez que o sr(a) recebeu assistência, por causa do diabetes, o Sr(a) foi atendido aonde?

Unidade de saúde próxima da sua casa

Centro de especialidades médicas público

UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas

Pronto-socorro ou emergência de hospital

Ambulatório de hospital

Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

86 Algum **médico** já lhe disse que o sr(a) tem problema de colesterol ou triglicérideo alto (dislipidemia)?

Sim

Não passe para 89

Não sabe/não quer informar passe para 89

87 Atualmente o Sr(a) toma medicamento para controlar o colesterol ou o triglicérideo alto prescrito pelo médico?

Sim

Não

Não sabe/não quer informar

88 O Sr(a) faz consultas com o médico/serviço de saúde regularmente para acompanhar a dislipidemia (colesterol ou o triglicerídeo alto)? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema

Não vai nunca

89 Algum **médico** já lhe disse que o Sr(a) tem doença renal (nos rins) ou no aparelho urinário?

Sim

Não passe para 91

Não sabe/não quer informar passe para 91

90 Que tipo de doença renal (nos rins) ou no aparelho urinário o médico disse que o sr(a) tinha? (pode marcar mais de um)

Cálculo (pedra)

Infecção nos rins

Infecção na bexiga (cistite)

Rins policísticos

Tumor

Insuficiência renal

Outro _____

Não sabe/não quer informar

91 Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem ou teve anemia?

Sim

Não

Não sabe/não quer informar

92 O Sr(a) tem ou teve algum desses problemas de saúde

	sim	não	Não sabe informar
--	-----	-----	----------------------

Anemia			
Infarto do miocárdio			
Angina			
AVC (derrame)			
Problema circulatório nas pernas			
Insuficiência cardíaca			
Problemas de visão devido ao diabetes			
Amputação não traumática			
Úlceras nos pés			
Coma diabético			
Diálise			
Transplante renal			

93 O Sr(a) tem ou teve algum parente com uma dessas doenças?

	SIM, irmãos, pai, mãe, filhos	SIM, tios, avós, primos de 1º grau	Não	Não sabe informar
Diabetes (açúcar no sangue)				
Hipertensão (pressão alta)				
Colesterol ou triglicerídeos alto				
Doença renal crônica				
Infarto				
AVC (derrame)				
Doença arterial periférica				
Depressão				

94 Algum **médico** já lhe disse que o Sr(a) tem depressão?

Sim

Não passe para módulo 3

Não sabe/não quer informar passe para módulo 3

95 Atualmente o Sr(a) faz que tipo de tratamento para depressão? (pode marcar mais de 1)

Toma medicamento prescrito pelo médico

Faz psicoterapia

Não faz nada

Não sabe/não quer informar

96 O Sr(a) faz consultas com o médico/psicólogo/psiquiatra/serviço de saúde regularmente para acompanhar a depressão? (explicação: consultas marcadas periodicamente)

Sim

Não, só quando tem algum problema passe para 98

Não vai nunca passe para 98

97 Com que frequência o Sr(a) participa de atividades de grupo da Unidade de Saúde/serviço de saúde para acompanhar a depressão?

Sempre

Quase sempre

Quase nunca

Nunca

Não sabe/não quer informar

98 Quando foi a última vez que recebeu assistência de saúde por causa da depressão?

Há menos de 6 meses

Entre 6 meses e menos de 1 ano

Entre 1 ano e menos de 2 anos

Entre 2 ano e menos de 3 anos

Há 3 anos ou mais

Nunca recebeu passe para 99

Não sabe/não quer informar passe para 99

99 Na última vez que o sr(a) recebeu assistência por causa da depressão o Sr(a) foi atendido aonde?

Unidade de saúde próxima da sua casa

Centro de especialidade Matriz

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

UPA/CMUM – Unidade de Pronto Atendimento/Centro Municipal de Urgências Médicas

Pronto-socorro ou emergência de hospital

Ambulatório especializado

Consultório particular ou consultório de estabelecimento privado ou ambulatório de empresa ou sindicato

100 Algum médico já lhe disse que o Sr(a) tem ou teve alguma dessas doenças?

Esquizofrenia	sim	não	não sabe
Transtorno bipolar	sim	não	não sabe
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)	sim	não	não sabe
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG)	sim	não	não sabe
Síndrome do Pânico	sim	não	não sabe
Psicose	sim	não	não sabe

101 Como o sr(a) adquire os medicamentos prescritos pelo médico para tratar a pressão alta, o diabetes, o colesterol alto e a depressão

	Todos	Alguns	Nenhum	Não sabe
Unidade de saúde do SUS				
Farmácia popular				
Na farmácia do convênio (plano ou seguro de saúde)				
Compra na farmácia				
Ganha do médico				
Ganha de amigos, parentes ou vizinhos				
Ganha na igreja, ONG, entidades filantrópicas				

AGENDAMENTO DA PRÓXIMA VISITA

Gostaríamos de combinar com o Sr(a) outro dia para podermos terminar a entrevista e fazer os exames. Para isso, precisamos que o Sr(a) faça jejum durante 8 horas. O Sr(a) não deve comer nem beber nada (apenas água) até o momento dos exames.

Qual dia seria bom pro Sr(a)? _____ (marcar na agenda)

MÓDULO 3 – SERVIÇOS DE SAÚDE

Data horário

Entrevistador

(O módulo 3 será realizado na segunda visita, por isso, anote data, horário e nome do entrevistador).

O sr(a). tem apresentado algum destes sintomas ultimamente?

Muita sede sim não

Urina frequente sim não

Perda de peso inexplicada sim não

Nas últimas 8 horas, o senhor(a) comeu ou bebeu algo (exceto água)?

Sim

Não

Não sabe informar

Há quanto tempo o Sr(a) mora nesse bairro?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Há menos de 6 meses |
| <input type="checkbox"/> | De 6 a 12 meses |
| <input type="checkbox"/> | De 1 a 2 anos |
| <input type="checkbox"/> | Há mais de 2 anos |
| <input type="checkbox"/> | Não sabe/não quis informar |

1. O Sr(a) usa o SUS (unidade de saúde, postinho) como principal serviço para resolver seus problemas de saúde?

- SIM
 NÃO –

Se a resposta for Não, o questionário PCATool será a versão resumida, se for Sim, será a versão completa.

Se resposta Não, incluir as pergunta 11 e 12, se resposta Sim, não incluir as perguntas 11 e 12.

2 O Sr(a) possui Plano ou seguro de Saúde?

- SIM – passe para a pergunta 3
 NÃO – passe para a pergunta 4
 Não sabe/não quis informar - passe para a pergunta 4

3. Quem paga seu plano/seguro de saúde?

- Você ou a família
 Empresa/ Sindicato/Agremiação/Associação/Instituto
 Não sabe/não quis informar

4.O Sr(a) conhece a Unidade (Posto) de Saúde do seu bairro (da vila)?

- SIM passe para a pergunta 5,
 NÃO passe para a pergunta 6.

5.O Sr(a) já utilizou algum serviço da Unidade (Posto) de Saúde do bairro (da vila)?

- SIM passe para as perguntas 6, 7 e 8
 NÃO passe para a pergunta 9

6. Quando o Sr(a) procurou a Unidade de Saúde (postinho) pela última vez?

- Há menos de 1 mês
 De 1 a 6 meses
 De 6 a 12 meses
 De 1 a 2 anos

- Há mais de 2 anos
- Não sabe/não quis informar

7. Qual foi o motivo da procura pela Unidade de Saúde na última vez?

- Doença/ problema de saúde agudo
- Consulta agendada de programa (HAS, diabete, pré-natal, saúde mental, cessação do tabagismo ou outro)
- Atividades de grupo (atividade física, reeducação alimentar, escola de postura, fisioterapia, apoio em saúde mental, apoio à cessação do tabagismo ou outro)
- Curativo
- Buscar medicamento
- Exame laboratorial
- Consulta odontológica
- Vacina
- Aplicação de injeção
- Atestado de saúde, isenção tarifária
- Outro
- Não sabe/não quis informar

8. Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/não quis informar

9. O sr(a) já utilizou uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA, CMUM) da Prefeitura de Curitiba?

- SIM passe para a pergunta 10
- NÃO passe para a pergunta 11

10. Na sua avaliação, o serviço prestado foi:

- Ótimo
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo
- Não sabe/não quis informar

11. (para não usuários SUS) O Sr(a) acha que o principal motivo de não utilizar a Unidade de Saúde do bairro como principal serviço para atender seus problemas de saúde é?

(para usuários SUS) O Sr(a) aponta algum desses problemas na Unidade de Saúde do seu bairro?

- Mau atendimento
- Não tenho boas referências do serviço/profissionais
- Não quiseram me atender
- Não confio nos profissionais/atendimento
- Unidade (posto) muito cheia (super lotação)
- Faltam médicos
- Faltam outros profissionais
- Má estrutura (pequena, sem equipamento, falta de limpeza)
- Distância (muito longe)
- Tempo de espera para ser atendido é muito grande
- Horário de funcionamento incompatível com atividades domésticas ou de trabalho
- Outros
- Não sabe/não quis informar

(Apenas para não usuários SUS)

12.O Sr(a) utilizaria a Unidade de Saúde como principal serviço para atender seus problemas de saúde se melhorasse a qualidade do atendimento, o número de profissionais e a estrutura da unidade?

- Com certeza sim
- Provavelmente sim

- Provavelmente não
- Com certeza não
- Não sei/não lembro/não quis responder

PCAtool PARA OS USUÁRIOS DO SUS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

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

- Não
- Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- Não
- Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
- Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
- Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
- Sim, o mesmo que A1 somente.
- Sim, o mesmo que A2 somente.

Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

1. Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
2. Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).
3. Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).
4. Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM (Preencha o item **A5**).
5. Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado nas respostas A3 (Preencha o item **A5**).
6. Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4** e **A5**).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5 -

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a **Seção B**)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
C1 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto no sábado ou no domingo?	4	3	2	1	9
C2 – O “ <i>nome do serviço de saúde /ou nome médico/enfermeiro</i> ” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4	3	2	1	9
C3 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto e você adoecer alguém de lá atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C4 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9
C5 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9

C6 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?	4	3	2	1	9
C7 – Quando o seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você naquela noite?	4	3	2	1	9
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9
C9 – Quando você chega no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	4	3	2	1	9
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9
C12 – Quando você tem que ir ao “ <i>nome do médico / enfermeira / local</i> ”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****D – LONGITUDINALIDADE**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
D1 – Quando você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4	3	2	1	9
D2 – Você acha que o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” entende o que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D3 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o <i>médico ou enfermeiro</i> que melhor conhece você?	4	3	2	1	9
D5 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4	3	2	1	9
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9

D7 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quem mora com você?	4	3	2	1	9
D9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D10 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	4	3	2	1	9
D11 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4	3	2	1	9
D12 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4	3	2	1	9
D13 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	4	3	2	1	9
D14 – Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 - Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”?

- Sim
- Não (**Passe para a questão F1**)
- Não sei / não lembro / não quis responder (**Passe para a questão F1**)

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro / não quis responder
E2 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E3 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe que você fez essas consultas com esse especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E4 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para esse problema de saúde?	4	3	2	1	9

E5 - O seu “ <i>médico / enfermeiro</i> ” ou alguém que trabalha no / com “ <i>nome do serviço de saúde</i> ” ajudou-o /a a marcar essa consulta?	4	3	2	1	9
E6 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?	4	3	2	1	9
E7 – O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe quais foram os resultados dessa consulta?	4	3	2	1	9
E8 – Depois que você foi a esse especialista ou serviço especializado, o seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” conversou com você sobre o que aconteceu durante essa consulta?	4	3	2	1	9
E9 – O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por esse especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
F1. Quando você vai no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	4	3	2	1	9
F2. Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro</i> ”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****G –INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “*nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro*”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4	3	2	1	9
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4	3	2	1	9
G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos)	4	3	2	1	9
G4 – Vacinas (imunizações)	4	3	2	1	9
G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário)	4	3	2	1	9
G6 – Tratamento dentário	4	3	2	1	9
G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4	3	2	1	9

G8 – Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas e ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4	3	2	1	9
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	4	3	2	1	9
G10 – Sutura de um corte que necessite pontos	4	3	2	1	9
G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4	3	2	1	9
G12 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	4	3	2	1	9
G13 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4	3	2	1	9
G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido)	4	3	2	1	9
G15 – Remoção de verrugas	4	3	2	1	9
G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau)	4	3	2	1	9
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar	4	3	2	1	9
G18 – Cuidados pré-natais	4	3	2	1	9
G19 – Remoção de unha encravada	4	3	2	1	9
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4	3	2	1	9
G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama...	4	3	2	1	9
G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma).	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

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

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

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro / não quis responder
H1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4	3	2	1	9
H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4	3	2	1	9
H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4	3	2	1	9
H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4	3	2	1	9
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4	3	2	1	9
H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4	3	2	1	9

H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4	3	2	1	9
H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/ para rato, água sanitária), no seu lar, no se trabalho ou na sua vizinhança	4	3	2	1	9
H9 – Perguntar se você tem arma de fogo e orientar como guardá-la em segurança	4	3	2	1	9
H10 - Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias)	4	3	2	1	9
H11 – Como prevenir quedas	4	3	2	1	9
H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4	3	2	1	9
H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****I –ORIENTAÇÃO FAMILIAR**

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

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

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

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**PCATool – Brasil versão Adulto****J –ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA**

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

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

PC tool para NÃO USUÁRIOS DO SUS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool – Brasil versão Adulto resumida

GRAU DE AFILIAÇÃO

Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

O médico com quem você geralmente consulta para resolver seus problemas de saúde é:

- Generalista (clínico geral ou médico de família)
Outra especialidade (assinale qual)
 Ginecologista
 Cardiologista
 Endocrinologista
 Urologista
 Neurologista
 Pneumologista
 Dermatologista
 Ortopedista
 Outro _____

Esse médico ou serviço se localiza em:

- Consultório particular
 Emergência de um hospital
 Ambulatório de um hospital
 Ambulatório do plano de saúde
 Serviço de saúde no trabalho ou escola
 Outro serviço/consultório
 Não sabe/Não quis responder

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
PCATool – Brasil versão Adulto resumida
ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
Quando você tem um novo problema de saúde você vai ao seu médico ou serviço de saúde ou entra em contato com eles antes de procurar outro médico ou serviço?	4	3	2	1	9
Quando o seu médico ou serviço de saúde está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	4	3	2	1	9
É difícil para você conseguir atendimento com seu médico ou serviço de saúde quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida LONGITUDINALIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Quando você vai ao seu “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas as vezes?	4	3	2	1	9
Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ”?	4	3	2	1	9
O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
Você mudaria do “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?	4	3	2	1	9
O “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ” sabe quais foram os resultados dessa consulta?	4	3	2	1	9
O seu “ <i>médico/enfermeiro</i> ” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por esse especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Quando você vai ao “ <i>nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro</i> ”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto INTEGRALIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta					

<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.</p> <p>Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:</p> <p>(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)</p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Aconselhamento ou tratamento para uso prejudicial de drogas (lícitas e ilícitas, ex: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4	3	2	1	9
Aconselhamento para problemas de saúde mental	4	3	2	1	9
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	4	3	2	1	9
<p>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA</p> <p>PCATool – Brasil versão Adulto resumida</p> <p>INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS</p> <p>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta</p>					
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde/ nome do médico</p>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro/não quis responder
Conselhos sobre alimentação saudável	4	3	2	1	9
Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4	3	2	1	9
Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4	3	2	1	9
Como prevenir quedas	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida ORIENTAÇÃO FAMILIAR Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde/ nome do médico / enfermeiro” com sua família.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4	3	2	1	9
O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto resumida ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro/ não quis responder
Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pág. 1 de 2

Eu, _____

RG _____ idade _____ nacionalidade _____

estado civil _____ profissão _____

endereço _____,

estou sendo convidado a participar de um estudo denominado **Pesquisa de base populacional sobre doenças crônicas em Curitiba**, cujos objetivos e justificativas são: estimar a frequência e a distribuição de Hipertensão Arterial Sistólica, Diabete Melito tipo 2, depressão, doença renal crônica e fatores de risco associados, em amostra da população de 18 anos e mais da região urbana de Curitiba e explorar a percepção da população sobre os serviços da Atenção Primária em Saúde. Pretende-se assim orientar a formulação, o acompanhamento e a avaliação dos serviços de saúde em Curitiba.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder um questionário e fazer um exame físico onde serão medidos peso, altura, circunferência abdominal e pressão arterial, e exames de uréia na saliva, glicemia capilar e hemoglobina glicada capilar. Para o exame de uréia, será coletada saliva e para os exames capilares de glicemia e hemoglobina glicada, será coletado sangue a partir de uma punção feita com uma lanceta na ponta do dedo da mão, que poderá causar desconforto momentâneo.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: saber como está meu peso e minha circunferência abdominal, minha pressão arterial, meu nível de glicose e hemoglobina glicada (açúcar no sangue) e de uréia na saliva no momento do exame; orientação das ações do serviço público de saúde de acordo com as informações sobre doenças crônicas e fatores de risco na comunidade.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, sei que me colocarei à disposição em momentos diferentes para responder o questionário e fazer o exame físico que tomará tempo. Também poderei sentir desconforto no momento da punção da ponta do dedo para coleta de sangue e exame de glicemia e hemoglobina glicada.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Ana Maria Cavalcanti, da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Simone Tetu Moysés e Roberto Flavio Silva

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Pecoits Filho, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, e com eles poderei manter contato pelos telefones 91553180 ou 33509465 (Ana Maria Cavalcanti).

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

No entanto, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo, devo ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br.

Curitiba, de..... de.....

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR