

Avaliação da orientação familiar prestada a usuários de uma Unidade Básica de Saúde no município de Lagarto

Evaluation of family guidance provided to users of a Basic Health Unit in the city of Lagarto

Evaluación de la orientación familiar brindada a usuarios de una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Lagarto

Recebido: 07/03/2022 | Revisado: 15/03/2022 | Aceito: 20/03/2022 | Publicado: 27/03/2022

Gilberta Guadalupe de Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0981-6511>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: glupesouza@hotmail.com

Marianne Dias dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4727-1057>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: marianne.dias@outlook.com

Julia Guimarães Reis da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2341-0638>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: juliagreis@yahoo.com.br

Tales Iuri Paz e Albuquerque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6479-4215>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: tales.fisio@gmail.com

Claudia Patrícia Souza Teles

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9731-4852>
Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: clau.teles@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: Avaliar a orientação familiar prestada a usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no município de Lagarto-SE. Métodos: Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e quantitativo realizado com usuários maiores de 18 anos, assistidos pela Unidade Básica de Saúde Dr. Davi Marcos no município de Lagarto, Sergipe. Foram incluídas pessoas acima dos 18 anos, residentes no território área da UBS, que receberam ou estão à procura de atendimento. Foi utilizado o componente de Orientação Familiar do Instrumento Primary Case Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão adulto, além da análise de acordo com Critério Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP). Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas. Resultados: Os dados obtidos refletem um público em sua maioria, mulheres com idade média 56, escolaridade de ensino fundamental, baixa renda e autônomas. Os doentes crônicos representaram 41% da amostra. Quanto à orientação familiar, foi obtido um valor médio de escore de 4,8, classificando-a como insatisfatória, seguindo a mesma classificação ao distinguir entre grupos de doentes e não doentes. Conclusão: O atributo de Orientação Familiar é classificado como insatisfatório no público geral da APS. Além disso, foi visto um público com a maioria mulheres, baixa renda, com ocupação de atividade do lar ou desempregadas. Os doentes crônicos representaram boa parcela da população, e esse grupo foi representado também por mulheres e maiores de 60 anos.

Palavras-chave: Doença crônica; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Objective: To evaluate the family orientation provided to users of a Basic Health Unit (BHU) located in the city of Lagarto-Se. Methods: This is an observational, analytical, cross-sectional and quantitative study carried out with users older than 18 years, assisted by the Basic Health Unit Dr. Davi Marcos in the municipality of Lagarto, Sergipe. We included people over 18 years of age, residents of the PHU area, who received or are seeking care. We used the Family Orientation component of the Primary Case Assessment Tool (PCATool) - Brazil adult version, besides the analysis according to the Brazil Criterion proposed by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP). The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to verify the association between the sociodemographic variables. Results: The data obtained reflect a mostly female audience with a mean age of 56 years, elementary school education, low income and self-employed. The chronically ill represented 41% of the sample. As for family orientation, a mean score of 4.8 was obtained, classifying it as unsatisfactory, following the same classification when

distinguishing between groups of patients and non-patients. Conclusion: The Family Orientation attribute is classified as unsatisfactory in the general public of PHC. In addition, it was seen an audience with the majority women, low income, with occupation of household activity or unemployed. The chronically ill represented a good portion of the population, and this group was also represented by women and those over 60 years of age.

Keywords: Chronic disease; Primary Health Care; Family Health Strategy.

Resumen

Objetivo: Evaluar la orientación familiar brindada a los usuarios de una Unidad Básica de Salud (UBS) ubicada en el municipio de Lagarto-SE. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal y cuantitativo realizado con usuarios mayores de 18 años, atendidos por la Unidad Básica de Salud Dr. Davi Marcos de la ciudad de Lagarto, Sergipe. Se incluyeron personas mayores de 18 años, residentes en el área de la UBS, que recibieron o buscan atención. Se utilizó el componente de Orientación Familiar del Instrumento de Evaluación de Casos Primarios (PCATool) – versión para adultos de Brasil, además del análisis según los Criterios de Brasil propuestos por la Asociación Brasileña de Empresas de Investigación (ABEP). Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para verificar la asociación entre variables sociodemográficas. **Resultados:** Los datos obtenidos reflejan una mayoría de mujeres con una edad promedio de 56 años, primaria, de bajos ingresos y por cuenta propia. Los pacientes crónicos representaron el 41% de la muestra. En cuanto a la orientación familiar, se obtuvo una puntuación media de 4,8, clasificándola como insatisfactoria, siguiendo la misma clasificación al distinguir entre grupos de enfermos y nos enfermos. **Conclusión:** El atributo Orientación Familiar es catalogado como insatisfactorio en el público general de la APS. Además, se vio un público con mayoría de mujeres, de bajos ingresos, con ocupación de actividad del hogar o desempleadas. Los enfermos crónicos representaban una buena parte de la población, y este grupo también estaba representado por mujeres y mayores de 60 años.

Palabras clave: Enfermedad crónica; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar.

1. Introdução

1.1 Atenção Primária à Saúde

O Lord Dawson (1864-1945), médico e grande pesquisador na área de modelos de saúde, foi um dos primeiros a descrever os centros de saúde primários com médicos generalistas e próximo às casas da população. O autor desenhou um território em que o serviço de saúde se articulava em rede. Tal modelo, torna-se atual ao se contrapor com o modelo americano de superespecialização com abordagem hospitalocêntrica centrada na doença.

Baseado no Relatório Dawson (1920) e tantas outras composições, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) se dá através de uma rede de serviços encadeados de forma a suprir as necessidades da população. Foi elaborada uma lógica de organização escalonada, como mostra a Figura 1.

Figura 1 – Hierarquização e regionalização do SUS.



Fonte: Solla e Chioro (2008).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica tem como funções ser resolutive, coordenar o cuidado e ordenar as redes de saúde. Com isso, o atendimento se dá primeiramente, pela Atenção Básica ou Atenção

Primária à Saúde (APS), através das Unidades Básicas e Estratégia de Saúde da Família (ESF), que resolvem mais de 80% dos problemas encontrados na população (PNAB, 2017).

Somente os problemas não sanados na Atenção Básica é que deve ser encaminhada para uma instância superior, que pode ser serviços especializados: ambulatoriais ou hospitalares. Esta medida faz com que se tenha uma racionalização no com maior complexidade tecnológica, minimizando os custos com a saúde.

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo. Tal qual abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde da coletividade (Ministério da Saúde, 2021).

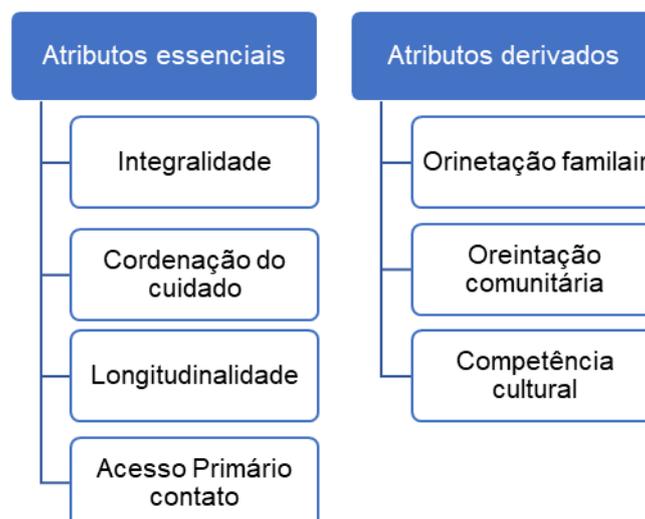
“A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar, ou por terceiros”. (Starfield, 2002).

Além de ser um nível fundamental para a organização dos serviços em saúde, a APS foi construída com a finalidade de atender as demandas em saúde de forma coletiva. Para isso, considera os DSS's existentes e todas as necessidades específicas da população. Assim, induz a formulação de políticas públicas de promoção à saúde, destinadas principalmente às Condições Sensíveis à Saúde (Pinto, 2017).

1.2 Orientação Familiar

Segundo Barbara Starfield (2001), além dos atributos essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção, há ainda os atributos derivados, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, como mostra a Figura 2. A orientação familiar consiste na busca em considerar um contexto familiar e seu potencial de cuidado, tal como mecanismos para a abordagem familiar.

Figura 2 – Atributos essenciais e derivados da APS.



Fonte: Starfield (1995).

Barbara Starfield explora a caracterização da orientação familiar também apresentado como Atenção à Saúde centrada na família. Para a autora, o atributo condiz com a necessidade de considerar o contexto familiar e suas necessidades individuais para conquistar uma atenção integral e seu completo potencial de cuidado (Starfield, 2001).

O estudo de Antunes (2015), evidencia fatores que contribuem para o atributo estudado: conhecimento do ambiente e das condições psicossociais, atitudes dos profissionais, compreensão da importância do cuidado voltado à família, formação acadêmica adicional, concordância de um membro da família, comunicação. Para o profissional que está na porta de entrada do serviço, é posto o desafio de associar a doença ao contexto social e cultural de cada usuário.

A orientação familiar implica em considerar a família como protagonista da atenção. Dessa forma, a família é o centro do cuidado e das ações a serem desenvolvidas (Araújo, 2014). Segundo Antunes (2015), é através da orientação familiar que é possível obter a plenitude das ações de saúde, de modo que possibilite maior participação ativa e fortaleça a relação entre os membros da equipe e o núcleo familiar.

Na orientação familiar, o usuário é identificado como sujeito pertencente a determinado núcleo e é inserido em um contexto sociocultural. As equipes assistentes devem conhecer a estrutura e a dinâmica da família antes de prestar o cuidado, para que seja possível identificar os pontos de apoio, e assim, desenvolver um projeto terapêutico específico para cada composição (Brotto, 2017).

A fim de garantir que o componente da orientação familiar atinja seu objetivo, é preciso identificar e dirimir os entraves. Para isso, é preciso ter uma boa compreensão da importância do cuidado voltado à família e melhorar a relação profissional-usuário, com o propósito de fortalecer as relações e o impacto das ações de saúde. É essencial conhecer a dinâmica familiar, suas potencialidades, experiências e expectativas (Brotto, 2017).

É sabido a importância desse componente, visto que, na maioria das vezes, a família é quem fornece suporte, e também é diretamente afetada pelo processo de adoecimento.

“Existem quatro características comuns às famílias que têm no seu meio doentes crônicos: a) a doença tem a tendência de dominar a vida familiar, exigindo constante dedicação dos familiares; b) o aparecimento de uma doença crônica tende a levar ao desenvolvimento de relações mais acentuadas entre o doente e a família; c) a capacidade de adaptação da família ao exterior diminui, tomando-a ou tornando-a rígida e temerosa quanto ao seu desenvolvimento; d) as famílias com doentes crônicos tendem a isolar-se (Alves, 2007).”

Foi visto que pessoas acompanhadas por um cuidador melhor orientado/preparado e com uma atitude mais positiva frente à doença costumam exibir um curso clínico mais favorável (Bifulco, 2018). A capacidade dos familiares de fornecer cuidados apropriados fica seriamente comprometida por falta de informações sobre as condições dos usuários (Antunes, 2015).

1.3 Doenças crônicas no âmbito da APS

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) foram criadas em 2008, por meio da lista nacional destas condições, e é composta por 19 grupos sendo que as DCNT's ocupam sete grupos (Vide Quadro 1). As CSAP são aquelas que poderiam ser evitadas por uma assistência oportuna e adequada por esse nível de atenção. Nos últimos anos, busca-se utilizar as internações por estas condições para avaliar o cenário da Atenção em Saúde nos territórios (Santos, 2013).

Quadro 1 - Lista de Condições Sensíveis a Atenção Primária em Saúde.

Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	Doenças pulmonares	Hipertensão
Gastroenterites infecciosas e complicações	Insuficiência cardíaca	Doenças cerebrovasculares
Anemia	Epilepsias	Infecção no Rim e Trato Urinário
Deficiências nutricionais	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	Úlcera gastrointestinal
Infecções de ouvido, nariz e garganta	Angina	Diabetes Melitus
Pneumonia bacterianas	Infecção da Pele e tecido subcutâneo	Doenças relacionadas ao Pré-natal e parto
Asma		

Fonte: Ministério da Saúde (2008).

As DCNT's são o principal fator de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países de nosso continente. Anteriormente, no início do século passado, as doenças infecciosas eram as que mais levavam ao óbito (~ 50%) enquanto hoje, com as melhorias de condições socioeconômicas, a mortalidade é preponderantemente consequência das doenças crônicas (OPAS, 2021).

Essas condições são consideradas um dos principais problemas de saúde no mundo em decorrência de sua magnitude, exigindo, assim, uma resposta de todos os setores da sociedade. É visto um perfil epidemiológico alarmante e que gera elevado número de mortes prematuras, perda da qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas para suas atividades habituais de trabalho e lazer, impacto econômico negativo para as famílias, comunidades e sociedade (Becker, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), as DCNT são progressivas e com múltiplas etiologias. Em geral, o seu tratamento baseia-se em mudanças de estilo de vida, buscando à estabilização da condição de saúde e o incremento da qualidade de vida do usuário. A partir disso, com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde, em 2013, foi lançada a Portaria núm. 252 do Ministério da Saúde, que institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do SUS (Raupp, 2015).

Para o seguimento dessas condições crônicas, é preciso um plano de cuidado válido para cada indivíduo e suas particularidades. A abordagem complexa com a ferramenta do contexto familiar pode ser vista como um apetrecho útil para compartilhar informações e processos terapêuticos. Esse instrumento é potencial para melhorias nas ações dos próprios profissionais de saúde (Antunes, 2015).

O crescimento das DCNT traz um novo foco para a Atenção Primária de Saúde, que necessita revisar práticas que colocavam a centralidade do cuidado na doença a ser curada (Becker, 2018). Nos últimos anos, a avaliação das intervenções apresentadas pela APS tornou-se foco de muitas equipes. Um dos instrumentos com a finalidade de promover a avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCATOOL) criado em 1966 por Donabein e traduzido para Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Ministério da Saúde, 2010).

No Brasil, na falta de instrumentos validados para avaliar a APS, o uso do PCATOOL faz-se opção para que seja possível obter de maneira prática o reflexo da efetividade nos serviços prestados. Com ele, é possível explorar os atributos e componentes da atenção básica. Ducan (2006) e Harzheim (2006) foram os autores responsáveis pela tradução, adaptação e validação para a realidade brasileira.

Segundo Gotijo (2017), a avaliação dos atributos da APS possibilita que os resultados obtidos sirvam de parâmetros para os pesquisadores e os próprios profissionais que conseqüentemente colaboram com as práticas em saúde para aprimorar a resolutividade das equipes na comunidade.

O objetivo geral desse estudo foi avaliar de modo geral a orientação familiar prestada a usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Lagarto. E os objetivos específicos foram descrever o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários inseridos no território da Unidade Básica de Saúde; identificar a prevalência de usuários com doenças crônicas entre os entrevistados; classificar a orientação familiar de acordo com referências na literatura; mensurar o nível de orientação familiar entre usuários com e sem doenças crônicas; comparar a orientação familiar entre os gêneros e faixa etária.

2. Metodologia

2.1 Perspectiva de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e quantitativo realizado com usuários maiores de 18 anos assistidos pela Unidade Básica de Saúde Dr. Davi Marcos Lima no município de Lagarto, Sergipe.

Deve-se esclarecer que o aspecto transversal se justifica pelo fato de a coleta de dados ocorrer em determinado ponto temporal (ou em vários pontos de um período de tempo curto). Assim como, seu aspecto descritivo por consistir em observar, descrever e documentar aspectos de uma dinâmica social (Polit & Beck, 2011). Entende-se que nos casos de pesquisa de cunho exploratório, a abordagem quantitativa também é indicada.

A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, no qual enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit; Becker, 2011).

2.2 Cenário da pesquisa

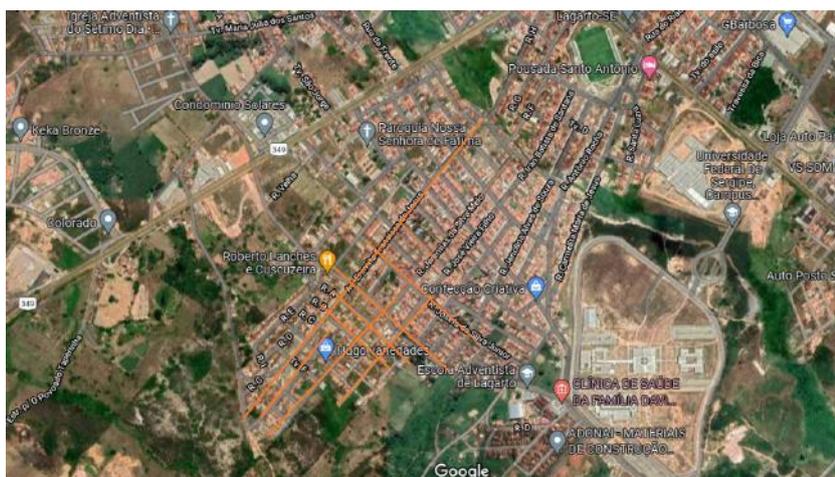
A investigação foi realizada no município de Lagarto, Sergipe. Localizado a 75 km da capital, Lagarto encontra-se na região centro-sul sergipana e é a maior cidade do interior do estado, com uma população estimada de 104,408 mil habitantes. O Bairro São José, popularmente conhecido Loiola, é o maior bairro do município com 6,859 habitantes (IBGE, 2010).

A comunidade local, em geral, é composta por moradores de renda média-baixa. As ocupações profissionais ficam por conta do trabalho nas indústrias que a cidade contém, além do comércio e das pequenas vendas. Nesse bairro está localizada a Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima, uma das inúmeras unidades de saúde do município.

A escolha dessa unidade para o estudo inclui o fato de a mesma abranger uma área urbana considerável da região lagartense, conforme será ilustrado pela Figura 3. Além disso, está próxima geograficamente do polo da Universidade Federal de Sergipe, sendo também utilizada como campo de estágio e permitindo uma aproximação entre alunos e comunidade.

O estabelecimento conta com três equipes de estratégia de saúde da família. Seu espaço físico possui aproximadamente 900m², é composto por salas de curativo, vacinas, consultórios, sala destinada à odontologia além da grande área de recepção e sala de acolhimento. Para minimizar os efeitos que uma equipe incompleta poderia promover a pesquisa, foi escolhida a equipe com maior número de profissionais da unidade: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde.

Figura 3 – Marcação do local de cobertura da equipe no território.



Fonte: Google imagens (2021).

2.3 Seleção dos participantes

Deve-se considerar que para uma pesquisa quantitativa, a definição de uma amostra representativa assegura a possibilidade de uma generalização dos resultados (Gunther, 2006). Para tanto, utilizou-se da fórmula de Barbetta para o cálculo do tamanho mínimo amostral dessa pesquisa, ilustrado no Quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Cálculo do tamanho da amostra por fórmula de Barbetta.

1º etapa – Descrição da fórmula de Barbetta	
$n = N \times n_0 / N + n_0$, sendo que $n_0 = 1 / E_0^2$ onde: N = tamanho da população; n = tamanho da amostra; n_0 = aproximação do tamanho da amostra; E_0 = erro amostral tolerável	
2º etapa – Definição da população média adstrita à UBS acima de 18 anos	3º etapa – Cálculo do erro amostral tolerável (E_0)
$N = 3.000$ (média de pessoas) X $0,68$ (proporção de pessoas acima de 18 anos de Lagarto/SE) = 2040	$n_0 = 1 / (0,05)^2 = 1 / 0,0025 = 400$
4º etapa – Cálculo da amostra da pesquisa	
$n = 2040 * 400 / 2040 + 400 = 334,4$	

Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

Critérios de inclusão: pessoas acima dos 18 anos, residentes do território da UBS, que receberam ou estão à procura de atendimento. Critério de exclusão: pessoas que nunca buscaram a Unidade de Básica Saúde do seu território para utilizar os serviços ofertados por opção ou/e não aceitaram participar desta pesquisa.

Quanto aos doentes crônicos, a seleção contou com o diagnóstico autor referido. Isso ocorreu pois muitos dos pacientes não portavam no momento da entrevista, exames comprobatórios do diagnóstico. A agente comunitária de saúde também auxiliou na detecção dos doentes crônicos a partir dos dados contidos em prontuários.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFS, PARECER 2.801.631 CAAE: 92599818.4.0000.5546.

2.4 Coleta de dados

Previamente a pesquisa de campo, foram realizadas reuniões com os discentes que fizeram a coleta da pesquisa e docentes especializados em saúde coletiva com objetivo de orientar quanto ao uso dos instrumentos PCATool-Brasil, Critério Brasil e o questionário com variáveis sociodemográficas, com objetivo de padronizar a abordagem ao público.

A coleta foi realizada por duas pesquisadoras: a primeira pesquisadora compreendeu uma discente regularmente matriculada no 3.º ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, e a segunda pesquisadora compreendeu uma discente regularmente matriculada no 3.º ano do curso de Enfermagem, ambas do Campus Prof. Antônio Garcia Filho. As visitas ocorreram de forma individual.

Estima-se que cerca de 500 casas da área descrita foram visitadas, entre os horários de 8 e 16 horas. Devido a motivos como ausência do morador em sua casa; necessidade de acompanhamento do ACS nas visitas já que o mesmo dominava os locais de acesso mais seguro; mudanças de endereço ou ausência dos critérios de inclusão, nem todas as casas foram visitadas e apenas 209 entrevistas foram validadas. Foi entregue o TCLE para cada entrevistado e neste documento continha também o contato pessoal dos pesquisadores para sanar possíveis dúvidas que viessem a surgir posterior a entrevista.

A caracterização dos indivíduos foi realizada através de questionário que continha variáveis demográficas (nome, idade, cor da pele, estado civil, número de pessoas que vivem na casa) e socioeconômicas (escolaridade, renda do idoso e renda familiar per capita). A partir desses dados, para a classificação da renda utilizou-se o Critério Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa (ABEP), versão 2015. Com esta ferramenta foi possível estratificar os entrevistados em seis estratos sociais A, B1, B2, C1, C2, e D-E.

Na avaliação da orientação familiar utilizou-se o Primary Case Assessment Tool (PCATool) – Brasil versão adulto em que se buscou utilizar a fração referente a análise do atributo citado (Quadro 3).

“O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. Desse modo, devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS (Ministério da Saúde, 2010).”

Quadro 3 – Componentes da orientação familiar.

I1	O seu médico/enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (Sobre o que você pensa) para você ou para um membro da sua família?
I2	O seu médico/enfermeiro já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)?
I3	O seu médico/enfermeiro se reuniria com membro de sua família se você achasse necessário?

Fonte: Manual de instrumento da avaliação da Atenção Primária (2010).

Para o calcular a pontuação média obtida por cada entrevistado, utilizaram-se as orientações do próprio instrumento afim de padronizar o escore final e poder compará-los (Quadro 4). No instrumento de coleta, para todos os itens acima, havia como opções as seguintes respostas: claro (valor = 4); provavelmente sim (valor = 3); provavelmente não (valor = 2); certamente não (valor = 1); não sei / não lembro (valor = 9) (BISPO, 2020).

Quadro 4 – Cálculo do escore atributo da orientação familiar.

O escore para este atributo é calculado pela soma do valor dos itens dividido pelo número de itens para produzir um escore médio.
Escore = (I1 + I2 + I3) / 3
Para transformar os escores em escala de 0 a 10 utilize a seguinte fórmula: [escore obtido – 1 (valor mínimo)] X 10 / 4 (valor máximo) – 1 (valor mínimo). Ou seja: (Escore obtido – 1) X 10 / 3.

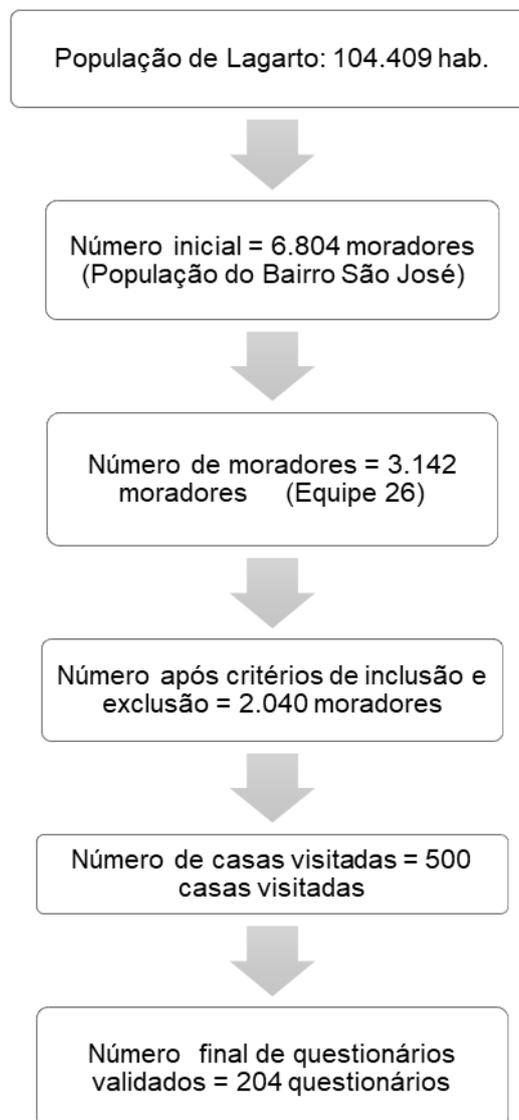
Fonte: Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária (2010).

Conforme orientações do Ministério da Saúde, se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” atingir 50% ou mais do total de itens de um componente, não foi calculado o escore deste componente para este entrevistado. Se para um entrevistado, a soma de respostas em branco com respostas “9” (“não sei/não lembro”) foi < 50%, este foi transformado o valor “9” para valor “2”. A transformação é necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo entrevistado.

2.5 Desenho do estudo

Para melhor compreensão da abordagem metodológica utilizada para o estudo, abaixo, pode-se observar o modelo esquematizado que caracteriza a definição da população (Figura 4).

Figura 4 – Desenho do estudo.



Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

2.6 Análise estatística

Foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas por meio das frequências absolutas e relativas. Em um segundo momento, calculadas as médias dos escores por atributo com intervalos de confiança de 95%.

Descreeveram-se os escores obtidos considerando-se os itens do PCATool reduzido e comparando-os aos escores obtidos por meio dos itens do instrumento utilizado no módulo avaliação da APS (Perillo, 2020).

As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As variáveis contínuas foram descritas por meio de média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil. A hipótese de independência entre variáveis categóricas será testada por meio dos testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher. A hipótese de aderência à distribuição normal foi testada por meio do teste de Shapiro-Wilks. Como esta não foi confirmada, a hipótese de igualdade de medianas foi testada por meio do teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2021 (Versão 4.0.4).

3. Resultados

Foram avaliados 209 usuários, a faixa etária média foi de 30 - 40 anos (n= 56), sendo a mínima de 20 e máxima de 83 anos e idade média de 56 anos. Destes, 58 pertenciam ao sexo masculino e 151 ao sexo feminino, sendo 97 solteiros e 94 casados, com grau de escolaridade de maior representatividade o ensino médio (n= 78). Grande parcela da população residente na área descrita há mais de 10 anos (n= 89) e não possuem planos de saúde (n=187) (Tabela 1).

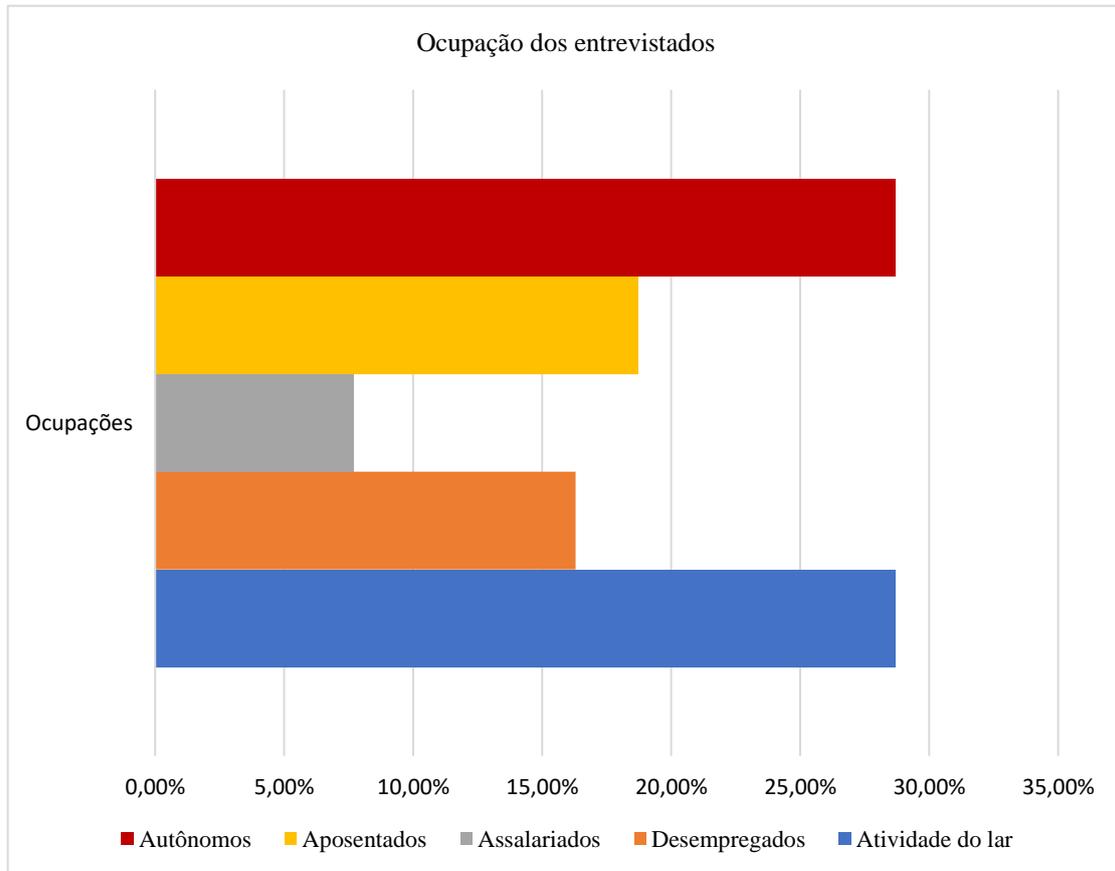
Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos participantes.

Variáveis	n (%)
Sexo:	
Masculino	58 (27,80)
Feminino	151 (72,20)
Idade	
56	(26,80)
Escolaridade:	
Analfabeto	42 (20,10)
Fundamental	78 (37,33)
Ensino médio	60 (28,70)
Ensino superior	29 (13,9)
Estado Civil:	
Casado (a)	94 (45,00)
Solteiro (a)	97 (46,40)
União estável (a)	5 (2,40)
Outros (a)	13 (6,2)

Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

O estrato social para a maior parcela da população foi D-E. A renda mensal mais prevalente com 40,7% (n=85), foi \$499-999,99, e a porcentagem de famílias que recebe bolsa família foi de 38,3%. A ocupação dos participantes foi distribuída entre 5 categorias principais que serão expostas em Figura 5, dentre elas: 28,7% (n=60) participantes declararam exercer atividades do lar, 16,3% (n=34) estão desempregados, 7,7% (n=16) são assalariados, 18,7% (n=39) aposentados e 28,7% (n=60) autônomos.

Figura 5 – Ocupação dos entrevistados.

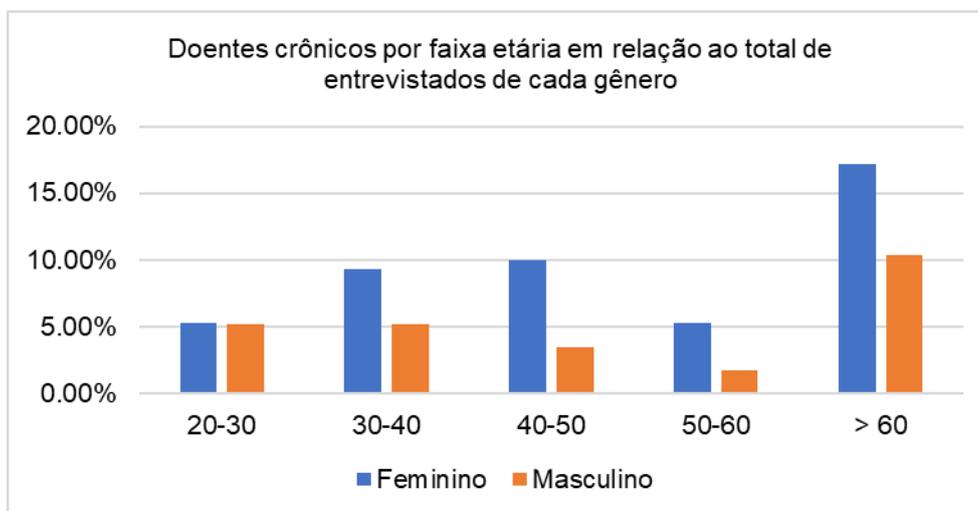


Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

Quanto aos doentes crônicos (DC), a prevalência foi de 41,1% (n=86), destes, a maioria do sexo feminino, 82,6% (n=71), idade maior que 60 anos 37,2% (n=32), estrato social D-E 41,9% (n=36), estado civil solteiro(a) 47,7% (n=41), e a porcentagem de pessoas que estudaram até 8 anos foi de 69,8% (n=60) (Tabela 1). De acordo com os dados qualitativos, as doenças crônicas declaradas com maior representação foram Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doenças Mentais.

Ao analisar o público geral quanto ao diagnóstico de DC e detalhar quanto a faixa etária e gênero tivemos o seguinte dado: com o aumento da faixa etária, houve aumento do diagnóstico de doentes crônicos, sobretudo no sexo feminino. Enquanto, na faixa etária de 20 - 30 anos o diagnóstico ficava em cerca de 5% para ambos os sexos, para a faixa etária maior que 60 anos o diagnóstico chegou a cerca de 17% para as mulheres e 10% para os homens, corroborando um acréscimo de 2,5 e 2,0 vezes mais, respectivamente. Contraditoriamente, a faixa etária entre os 50 – 60 anos, não apresentou essa relação (Figura 6).

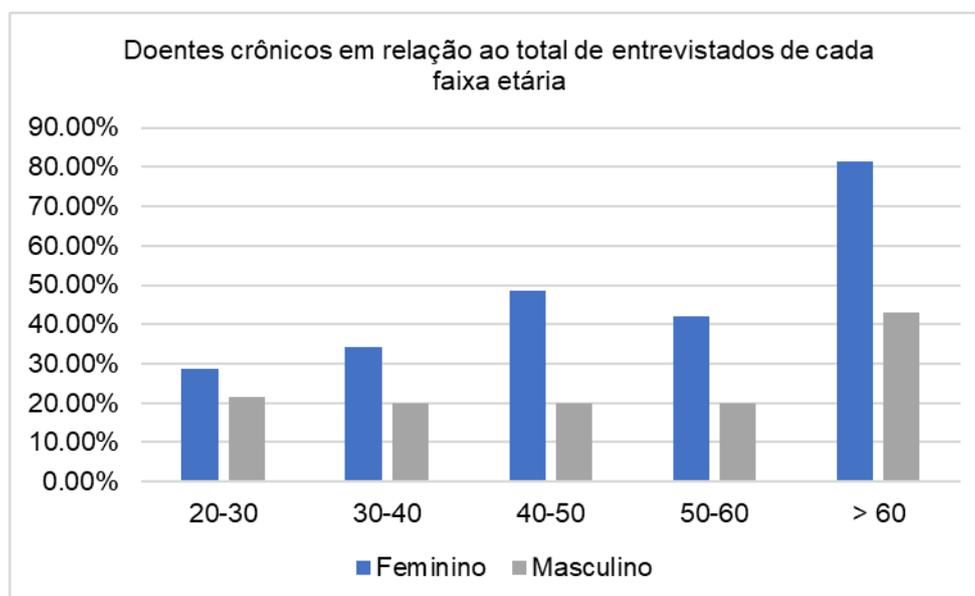
Figura 6 - Diagnóstico de doença crônica relação ao total de entrevistados em cada gênero.



Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

Ao analisar apenas o público com declarado doente distinguido por gênero, foi visto que a medida que faixa etária aumentava a proporção de doentes acompanhava o crescimento. No gênero feminino, enquanto na faixa etária de 20 - 30 anos o percentual de doentes em relação ao número de entrevistados correspondia apenas a 29%, para a faixa etária de > 60 anos, o percentual foi cerca de 82% (Figura 7). No público masculino, o mesmo raciocínio se manteve: na faixa etária de 20 - 30 anos, os doentes representavam 21% dos entrevistados, e nos maiores de 60 anos a representatividade dos doentes ultrapassou os 40% (Figura 7).

Figura 7 - Doentes crônicos em relação ao total de entrevistados de cada faixa etária.



Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

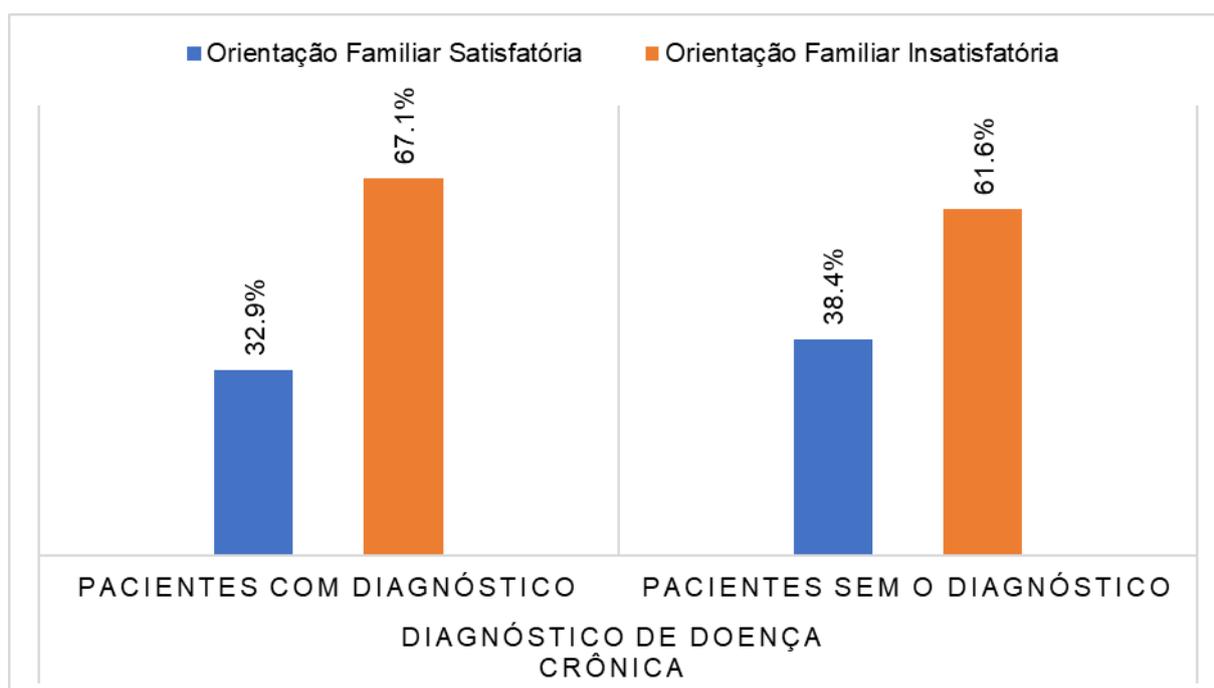
Ao comparar a renda média dos dois grupos foi verificado resultados semelhantes, a faixa de renda mensal foi de R\$ 499,99 a R\$ 999,99 nos dois grupos. ($p=0,688$). Contudo, o grupo de Não Doentes Crônicos (NDC) é composto pelo dobro de pessoa com renda > R\$ 2.000,00 (10,6%), ao passo que no grupo dos DC, apenas 5,8% tem a renda > R\$ 2.000,00.

Quanto à utilização do serviço público de saúde, não foi detectado diferença significativa estatisticamente embora o

valor absoluto tenha sido um pouco maior para os DC: 12,8% (n=11) utilizam o serviço semanalmente a medida que entre os NDC correspondem à 3,3% (n=4), valor p 0,058.

No que se refere à avaliação da Unidade Básica, o cálculo da orientação familiar segundo PCATool, com intervalo de confiança de 95%, obteve a média do escore como 4,8 (DP 1,7). Nos DC, a orientação familiar foi classificada em maioria como insatisfatória (n=55, 67,1) com escore médio de 4,4 (p-valor 0,738). Ao comparar os dois grupos (DC e NDC), foi visto que o primeiro grupo declarou insatisfação entre 67,1% (n=55) dos entrevistados, enquanto o segundo grupo declarou 61,6% (n=69), de modo que não houve diferença significativa entre os grupos (p=0,434). Essa comparação será exposta em Figura 8.

Figura 8 - Orientação familiar entre doentes e não doentes.



Fonte: Acervo Pessoal. Produzido em: dez. (2021).

Análise específica do grupo dos doentes crônicos, permitiu mostrar que houve predominância do público feminino. Todavia ao classificar a orientação entre os sexos, foi visto que ambos (masculino e feminino) tiveram predominância de insatisfação: no feminino foram 67% (n=46) e entre o público masculino, 56% (n=9). Ainda no grupo dos doentes, a faixa etária maior de 60 anos também foi predominante e demonstrou insatisfação (20,9%) em todas as variáveis.

Dentre as perguntas realizadas nas pesquisas, houve importante representatividade ao questionar sobre o planejamento familiar. A pergunta “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?”, teve o “com certeza não” em 60% das respostas (n=123), indicando uma grande distância entre o profissional de saúde e a população.

No segundo questionamento, “O seu ‘médico/enfermeiro’ já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, diabetes, hipertensão arterial sistêmica)?”, majoritariamente 63,2% (n=132) dos entrevistados responderam que com certeza sim.

Por fim, quando questionados “O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?”, houve concentração de respostas entre “com certeza não” com 28,7% (n=60) “não sei/não lembro” 27,8% (n=58).

4. Discussão

O público assistido pela equipe estudada da Unidade Básica de Saúde Dr. Davi Marcos Lima no município de Lagarto é composto majoritariamente por mulheres, com nível escolar de ensino fundamental, idade média de 56 anos, dados compatíveis com as recentes pesquisas sobre os usuários da APS.

A presente pesquisa coincide com o panorama nacional quanto a predominância do sexo feminino (Costa, 2012), (Theme Filha, 2015) (Christofoletti, 2020). A busca feminina ao serviço de saúde, de forma mais significativa quando comparado com o sexo oposto, corrobora com a literatura, e denota que as mulheres estão mais propícias a modificar o processo saúde-doença (Sato, 2017) (Malta, 2017). Para Schraiber *et al.* (2010), a menor representatividade do sexo masculino pode estar atribuída ao perfil de mortalidade do gênero relacionado a fatores externos e ao fator cultural da sua invulnerabilidade.

Quanto ao nível de escolaridade, a população descrita acompanha a tendência de outros estudos, apresentando o tempo médio de frequência escolar da população com comorbidades menor que oito anos. Especificamente, quando se refere ao público com mais de 60 anos, está média cai 4,8 anos de frequência (Christofoletti, 2020). Segundo Borges (2015) e Keomma (2018), tal fato pode limitar a assimilação de informações e compreensão de sua condição de saúde, tratamentos específicos e conseqüentemente, prognóstico das doenças crônicas nesta população. Malta (2017) e Sato (2017), também descrevem o efeito do baixo nível de escolaridade e desconformidade com hábitos saudáveis como prática de atividade física, ingesta de alimentos naturais e maior uso de substâncias cancerígenas.

Apesar de as doenças crônicas não fazerem parte do processo da senescência, o público idoso, independente do sexo, é o mais afetado com tais condições consolidam os dados da pesquisa (Costa, 2012) (Barbosa, 2019). Segundo Keomma (2018), ainda que se considere a complexidade do cenário das doenças crônicas um dos fatores contribuintes para a deficiência do acesso a APS, é a fragilidade na execução de seus atributos que dificulta o fluxo nas redes de saúde.

No presente estudo, a renda domiciliar *per capita* inferior a um salário mínimo e o recebimento de auxílios governamentais, como o bolsa família (Ministério da Saúde, 2020), foram condições comuns na população. O público predominante pertence à classe social D/E, mostrando reflexo também do acesso limitado aos serviços de saúde e conseqüentemente piores condições de vida (Melo, 2019) (Theme Filha, 2013).

O fator socioeconômico é algo limitante na implantação de medidas de saúde, visto que, a pobreza está intimamente relacionada a vários comportamentos que afetam a saúde. Para Almeida (2020), existe uma forte relação entre as áreas mais vulneráveis socioeconômicas com a incidência de doenças infectocontagiosas e DCNT. De fato, as iniquidades de saúde se comportam de forma desproporcional para jovens e idosos que têm menos acesso aos direitos sociais básicos, sendo que esse público é o que mais requer ações de políticas públicas de promoção e prevenção em saúde (Farias, 2017).

Melo (2019) realizou um estudo tipo corte transversal com amostra de 631 indivíduos, que constatou a prevalência de doenças crônicas em 50% do público. Já Simões (2021), que se utilizou de uma pesquisa da mesma natureza com uma amostra de cerca de 300 mil entrevistados, a prevalência obtida foi de 30% da amostra. Na presente pesquisa, apesar de o percentual de doentes crônicos ter sido menor que 50%, teve representatividade considerável.

Simões (2021) discute o aumento do diagnóstico de doenças crônicas como positivo para o sistema de saúde. Segundo o autor, o aumento da assistência à saúde nos últimos anos pode ter possibilitado o aumento na identificação das comorbidades. Para Ducan (2011), o acesso aos cuidados de saúde vem crescendo e pode ser responsável pela diminuição da mortalidade por DCNT nos últimos anos. Assim, algumas condições estão associadas a maior atuação, capacitação das equipes e o reconhecimento da importância da saúde primária de acordo com os atributos da APS.

No que concerne à orientação familiar, Reichert (2016), apresentou valor médio de escore de 3,7, considerando a orientação familiar como insatisfatória a partir do ponto de corte adotado (6,6). No presente estudo, o valor obtido foi de 4,8

(DP 1,7) pouco maior que o estudo citado, porém, ainda insatisfatório. Outros estudos como Prates (2017), Daschevi (2015), Regô (2021) também identificaram baixo desempenho da orientação familiar, destacando a dificuldade dos profissionais da APS em prestar um olhar integral à família.

Reichert (2016) destaca o quanto se torna preocupante o resultado insatisfatório da orientação familiar em um público vulnerável, a exemplo dos idosos para essa pesquisa. Para o autor, o fato de a orientação familiar ser item fundamental para criação de vínculo entre o serviço de saúde, famílias e comunidade, a falha na sua execução torna-se um grande desserviço para o sistema público comprometendo a implantação de terapêuticas e outras medidas em saúde.

Segundo Prates (2017) avaliação da orientação familiar também obteve valores classificando o escore como insatisfatório. No estudo, é discutido o baixo desempenho alcançado e os possíveis fatores associados, como a dificuldade do serviço em prestar uma assistência integral destinada à família e a comunidade, estando distante do modelo de produção social de saúde.

Para Antunes (2015), muitas vezes as tentativas frustradas de controle de comorbidades estão relacionadas à falta de interesse no tratamento por parte das famílias dos doentes, e essa condição afeta negativamente a motivação profissional no seguimento dos usuários. Já para Mendes (2017) a insatisfação é evidência da dificuldade dos profissionais em dois aspectos relevantes: (I) ter um maior conhecimento acerca do funcionamento e da dinâmica familiar das pessoas, para a resolução de eventuais conflitos e necessidades, e (II) saber reconhecer as necessidades da população em seus contextos físico, econômico e social.

Sabe que a criação do vínculo médico-paciente fortalece a capacidade de autocuidado do doente e a compreensão sobre a severidade de sua condição crônica, fato que pode contribuir para a construção de planos de cuidado individuais, centrado na pessoa e família (REGÔ, 2021). Apesar disso, Lima (2014) documenta que apenas 0,064% dos profissionais referiram conhecer problemas comuns às famílias dos usuários. Nesta pesquisa foi declarado pelos usuários que 62% dos profissionais de saúde perguntam a respeito de doenças ou problemas comuns as famílias. É questionável se o objetivo de tal interesse seria para buscar o contexto saúde e doença em que o paciente está inserido, ou por uma seguir uma técnica mecanicista que persisti no sistema.

Para Schimiziu (2011), tais dados contraditórios confirmam a presença da teoria mecanicista persistente entre os serviços ofertados pela Atenção Primária. A maioria dos entrevistados também referem que não são questionados sobre suas ideias e de sua família quando o profissional de saúde planeja seu tratamento. Não obstante, à medida que a orientação familiar é tangenciada, a autonomia dos pacientes é minimizada, e o distanciamento da autonomia do paciente é perpetuado pela relação médico-paciente cada vez mais tecnicista e fragmentada, desconsiderando aspectos biopsicossociais e culturais do adoecimento (Barros, 2022).

A orientação familiar satisfatória torna possível a ampliação e melhoria do serviço prestado. Desse modo, é factível a ampliação do modelo assistencial para promover maior integralidade do processo saúde-doença (Queiroz, 2021) (Silva, 2019). A capacitação dos usuários quanto às medidas de prevenção e promoção em saúde é fundamental para que a população se aproprie das formas de se fazer saúde (Buss, 2007). É premissa da PNAB promover o conhecimento para o desenvolvimento da cidadania e controle das políticas de saúde (Paula, 2017) (Ministério da Saúde, 2017).

As contribuições dos achados desse estudo para a saúde pública são inerentes a necessidade de ampliação do escopo da APS, de modo que a mesma se torne mais efetiva. Para isso, é preciso promover parceria entre serviço de saúde e a participação da comunidade na tomada de decisão, ampliando os resultados efetivos e buscando a efetivação dos atributos proposto para APS que ainda não estão genuinamente implantados. Por fim, cabe ressaltar as limitações deste estudo a partir da dificuldade de coleta das informações, bem como a escassez de estudos que aprofundem o atributo de orientação familiar.

5. Conclusão

A maior parte do público da pesquisa foi formado por mulheres, com baixa renda, baixa escolaridade e com ocupação polarizada entre atividades do lar e desempregadas. Além disso, a média dos entrevistados pertenciam à classe D/E. O acesso ao bolsa família, programa social que auxilia na renda de famílias com baixa renda, também teve representatividade na amostra.

Os doentes crônicos apresentaram-se como uma parcela considerável da população. O grupo foi composto majoritariamente pelo sexo feminino, idade maior que 60 anos, com renda mensal baixa. Foi visto que a média que o intervalo de idade aumentava, ao diagnóstico de doença crônica no grupo selecionado também aumentava.

A orientação familiar que deveria representar a base das ações de implementação de saúde no modelo da Atenção Primária, foi considerada predominantemente insatisfatória com nota média de 4,8. Ainda que distinguíssemos os grupos de doentes e não doentes crônicos, a insatisfação quanto a orientação familiar foi detectada em mais de 60% de ambos os grupos.

O público referiu que o profissional de saúde não se reuniria com membros da família caso fosse necessário, assim também, foi referido que a opinião do usuário e seus familiares ao planejar um tratamento não foi abordada para a maioria dos entrevistados. O desempenho adequado da saúde da família depende do gerenciamento dos serviços, do contexto social, cultural, econômico, geográfico e da participação dos usuários na construção de melhores processos de trabalho, logo sem considerar estes aspectos o processo saúde-doença limita-se a modelo mecanicista.

É sabido que ao ter uma rede de apoio estruturada, consegue-se melhorar à adesão terapêutica e a autonomia em saúde, de maneira a ressignificar o processo saúde-doença. Assim, a partir do presente estudo sugere-se alguns questionamentos visando contribuir com a elaboração de futuros trabalhos relacionados a Atenção Primária e seus atributos. Se os objetivos da UBS é minimizar a distância entre as relações profissionais de saúde/usuários, quais fatores contribuem para que o público se sinta tão aquém nessa relação? E mais, quais os impactos que essa fragilidade na relação médico/paciente pode promover na saúde dos usuários, além dos possíveis impactos para toda a rede e demais níveis de saúde?

Referências

- Almeida, I. M. F. (2021). Estratégia para controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e diminuição de novos casos no território da equipe Verde da Unidade Básica de Saúde São Bernardo em Belo Horizonte. Orientador: Daniela Coelho Zazá. *Dissertação (Mestrado)* - Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. Minas Gerais.
- Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23(8): 1924-1930.
- Antunes, B. S. (2015) Orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde dos municípios de procedência de crianças e adolescentes vivendo com HIV vinculados a um serviço especializado. Orientador: Stela Maris de Mello Padoin. *Dissertação (Mestrado)* – Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul.
- Araújo, J. P., Viera, C. S., Toso, B. R. G. O., Collet & N. Nassar, P. O. et al. (2014). Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. São Paulo. *Acta paul. enferm.* 27(5):440-6.
- Barbosa, K. T. F., & Fernandes, M. G. M. (2019). Vulnerabilidade Da Pessoa Idosa: desenvolvimento do conceito. *Rev Bras Enferm.* 73 (Suppl 3).
- Barros, A L. B. A. (2022). Cuidados à população idosa. *Rev. Longeviver*, Ano IV, n. 13, 86.
- Becker, R. M., Heidemann, I. T. S. B., Meirelles, B. H. S., Costa, M. F. B. N., Antonini, F. O., Durand, M. K. (2018). Práticas de cuidado dos enfermeiros a pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Rev. Bras. Enferm.* 71, 2643-2649.
- Bergalho, R. (2021). Como a Estratégia Saúde da Família ajuda a organizar o SUS? PEBMED.
- Bifulco, V. A., Levites, M. (2018). A importância do cuidador no acompanhamento de doentes crônicos portadores de Alzheimer. *Archivos em Medicina Familiar*, 2016-171.
- Bispo, G. M. B., Rodrigues, E. M. D., Carvalho, A. C. O., & Lisboa, K. W. S. C. (2020). Avaliação do acesso ao primeiro contato na perspectiva dos profissionais. *Rev. Bras. Enferm.* 73(3).
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. (4a ed.), Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- Borges, M.; G. Campos, M. B.C., & Silva, L. G. (2015). Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para as próximas décadas. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções das populações. Brasília, DF: IBGE.
- Brotto, A. M. & Guimaraes, A. B. P. (2017) A influência da família no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Psicol. hosp.* 15(1), 43-68.
- Buss, P. M. (2017). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17, 77-93
- Chistofoletti, M., Duca, G. F. D., Gerage, A. M. & Malta, D. C. (2020). Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Rev Epidemiol. Serv. Saúde*, 29 (1).
- Costa, L. M., Higino, W. J.F. Leal, F. J. & Couto, R. C. (2011). Perfil clínico e socioeconômico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL). *Vasc Bras* 2012, 11(2).
- Daschevi, J. M., Tacla, M. R. G., Alves, B. A., Toso, B. R. G. & Collet, N. (2015). Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Rev. Ciências Biológicas e da Saúde*, 36(1), 31.
- Viana, L. A. C. (2017). Determinantes sociais da saúde e da doença. In: Processos de trabalho em saúde e modelo de atenção. Belo Horizonte: NESCON: UFMG, 2017. 49- 63.
- GOTIJO, T. L. (2017). Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários. *Saúde debate*, 41(114), 741-754.
- Gunther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psic: Teor. e Pesq.* 22(2), 201-209.
- Harzheim, E., Pinto, L. F., Hauser, L. & Soranz, D. (2016). Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5).
- Medeiros, K. K. A. S., Coura, A. S., Junior, E. P. P., França, I. S. X. & Bousquat, A. (2018). O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), 135-153.
- Lima, S. C.S. (2014). Orientação familiar e comunitária na estratégia saúde da família da regional norte de Teresina/PI: avaliação a partir do usuário adulto. Orientador: Aluísio Ferreira de Lima. *Dissertação (Mestrado)* - Curso Saúde da Família na Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza.
- Malta, D. C., Neto, O. L. M., Silva, M. M. A., Rocha, D., Castro, A. M., Reis, A. A. C. & Akerman, M. (2016). Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Rev. Ciênc. saúde coletiva* 21(6), 1683-1694.
- Melo, S. P. S., Cesse, E. A. P., Lira, P. I. C., Rissin, A. Cruz, R. S. B. L. & Filho, M. B. F. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Rev Ciênc. saúde coletiva*, 24, 3159-3168.
- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 512 p.
- Mendes; E. V. (2015). A construção social da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; 194 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Desempenho da Atenção Primária à Saúde no Brasil é alvo de pesquisa inédita. (2020). Brasília: Ministério da Saúde
- Paula, W. K. A. S., Samico, I. C. Caminha, M. F. C., Filho, M. B. & Figueiro, J. N. (2017). Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. Saúde Coletiva*, 25, 242-248.
- Perillo, R. D., Bernal, R. T., Poças, K. C., Duarte, E. C. & Malta, D. C. (2020). Avaliação da Atenção Primária à Saúde na ótica dos usuários: reflexões sobre o uso do Primary Care Assessment Tool-Brasil versão reduzida nos inquéritos telefônicos. *Rev. bras. epidemiol.* [23, suppl].
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Marinho, M. N. A. S. B., Vidal, E. C. F., Aquino, P. S. & Vidal, E. C. F. (2017) Experiences In The Family Health Strategy: Demands And Vulnerabilities In Theterritory. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 70(5), 920-7.
- Polit, DF e Beck, CT (2011) Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, DF e Beck, CT, Eds., Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de ensaios práticos de enfermagem, Artmed, Porto Alegre, 247-368.
- Prates, M. L., Machado, J. C., Silva, L. S., Avelar, P. S., Prates, L. L., & Mendonça, E. T., (2017). Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Rev. Ciênc. saúde colet.*, 22(6), 1881-1893.

- Queiroz, R. O., Moroskoski, M., Shibukawa, B. M., Uema, R. T. B., Oliveira, R. R. & Higarashi, I. H. (2021). Orientação familiar e comunitária na adolescência: avaliação na estratégia da saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- Raupp, L. M. (2015) Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25 [2]: 615-634.
- Rego, A. S. (2021). Satisfação de pessoas com hipertensão acerca dos atributos da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Promoção da Saúde*, 4(2), 219-229.
- Santos, V. C. F.; K. A.; Ruiz, E. N. F.; Roese, A. & Gerhardt, T. E. (2013). Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev. Gaúcha Enferm.* 34(3), 124-131.
- Sato, T. O., Ferminiano, N. T. C., Batistão, M. V., Moccellini, A. S., Driusso, P. & Mascarenhas, S. H. Z. (2017). Doenças Crônicas não Transmissíveis em Usuários de Unidades de Saúde da Família -Prevalência, Perfil Demográfico, Utilização de Serviços de Saúde e Necessidades Clínicas. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde*, 21(1), 35-42.
- Schmidt, M. I. & Duncan, B. B. (2011). O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 20(4), 421-423.
- Schralber, L. B., Gomes, R. & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1).
- Schimiziu, E. H.; et al. (2012). Users' Perceptions of the Performance of the Family Health Strategy in the Greater Brasilia Area, Brazil. Department of Public Health, Brazil, *Primary Health Care*, 2, 2167-1079.
- Simões, T. C. (2021). Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciênc. saúde coletiva*, 26(9), 3991-4006
- Starfield, B. (2002) Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde. 710 p.
- Solla, J. & Chioro, A. (2008) Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella, Lígia, et al (Org). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. *Rio de Janeiro: Fiocruz*, p. 1-37.
- Theme Filha, M. M., Junior Paulo, R. B. S., Damacena, G. N., & Szwarcwald. (2015) Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.*, 18(2), 83-96.