



PROJETO FORMAÇÃO

QualiDCNT

Cuidar & Aprender



Atributos da Atenção Primária à Saúde no Cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Nayara Figueiredo Vieira

Fernanda Moura Lanza

Diego Dias de Araújo

Élida de Sousa Cunha





UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)

Reitora

Angelita Pereira de Lima

Vice-Reitor

Jesiel Freitas Carvalho

Diretora do CEGRAF

Maria Lucia Kons

FACULDADE DE ENFERMAGEM (FEN)

Diretora

Camila Cardoso Caixeta

Vice-Diretora

Natália Del'Angelo Aredes

PROJETO: Programa de Formação e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária no Estado de Goiás (Projeto QualiDCNT)

Equipe técnica

Coordenação-Geral

Valéria Pagotto

Vice-Coordenação

Cynthia Assis de Barros Nunes

Eixo Diagnóstico Situacional

Ana Paula dos Santos Rodrigues

Rafael Alves Guimarães

Eixo Formação

Cynthia Assis de Barros Nunes

Sheila Mara Pedrosa

Eixo Avaliação

Patrícia Tavares dos Santos

Eixo Tradução e Difusão do Conhecimento

Suelen Gomes Malaquias

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CATALÃO (UFCAT)

Reitora

Roselma Lucchese

Vice-Reitor

Cláudio Lopes Maia

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ (UFJ)

Reitor

Américo Nunes da Silveira Neto

Vice-Reitora

Giulena Rosa Leite

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS (SES-GO)

Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)

Secretário de Saúde

Sergio Vêncio

FINANCIAMENTO DO PROJETO QUALICNT

Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico (CNPq)





AUTORES DOS MÓDULOS DO PROJETO DE FORMAÇÃO

Aída Bruna Quilici Camozzi
Ana Lúcia Alves Carneiro Da Silva
Ana Luiza Lima Sousa
Ana Paula Dos Santos Rodrigues
Andréa Cristina De Sousa
Bárbara Souza Rocha
Brenda Lorrana De Almeida Gomes
Camila Espíndola Rosa Costa
Carla Cristina Da Conceição Ferreira
Charlise Fortunato Pedroso
Daniela Teixeira Siqueira Braga
Denise Pinheiro Marques Alves Dos Santos
Diego Dias De Araújo
Élida De Sousa Cunha

Fabício Galdino Magalhães
Fernanda Moura Lanza
Gabriela Rodrigues Zinn.
Isabela Silva Levindo De Siqueira
Jackeline Dias Sintra
Jacqueline Rodrigues De Lima
Jéssica Oliveira Tomberg
José Antônio Oliveira Alves
Larissa Oliveira Rocha Vilefort
Letícia Rabelo Da Silva
Lidia Moraes Ribeiro Jordão
Lílian Moura De Lima Spagnolo
Luciana Nunes Soares
Marlice Silva Marques
Michele Dias da Silva Oliveira

Milara Barp
Nayara Figueiredo Vieira
Patrícia Tavares Dos Santos
Polyana Dias Sintra De Oliveira
Rafael Alves Guimarães
Rosilene Marques De Souza
Barcellos
Roxana Isabel Cardozo Gonzalez
Suelen Gomes Malaquias
Suzy Darlen Soares De Almeida
Tadeu João Ribeiro Baptista
Thaís Cristina Afonso
Vera Lúcia Mira
Weimar Kunz Sebba Barroso
De Souza

PESQUISADORES DO PROJETO

Adrielly Carolina Dias de Souza
Ana Cecília Ferreira Cruz
Ana Julia Vaz Sales
Ana Paula dos Santos Rodrigues
Bárbara Souza Rocha
Brenda Lorrana De Almeida Gomes
Bruna Andressa Gonçalves
Bianca Alves Barros
Camila Espíndola Rosa Costa
Cynthia Assis de Barros Nunes
Emilly Gomes Souza
Ivânia Vera

Iohana Linhares Almeida
Jackeline Dias Sintra
Jacqueline Rodrigues de Lima
Lucilene Maria de Sousa
Luma Wanderley de Oliveira
Maria Clara Pedroza Prata
Maria Márcia Bachion
Marlene Andrade Martins
Michele Dias da Silva Oliveira
Nágila Araújo de Carvalho
Nayara Figueiredo Vieira
Nunila Ferreira de Oliveira

Patrícia Tavares dos Santos
Rafael Alves Guimarães
Ranielly Ferreira Lopes
Renan Felipe Neves Mota
Renata Sant'ana Braga de Sousa
Roxana Isabel Cardozo Gonzalez
Sandro Rogério Rodrigues Batista
Selma Alves Tavares de Oliveira
Sergio Teixeira de Carvalho
Silvana de Lima Vieira dos Santos
Suelen Gomes Malaquias
Valéria Pagotto





1 UNIDADE DE APRENDIZAGEM

Atenção Primária à Saúde como Ordenadora do Cuidado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Territórios

Organizadoras: Cynthia Assis de Barros Nunes; Valéria Pagotto

Um dos objetivos do projeto matriz QualiDCNT é o Programa de Formação em DCNT. Para isso, foram produzidos 14 e-books, organizados em quatro unidades de aprendizagem.

A Unidade de Aprendizagem 1 é composta por três e-books. **Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis** é o terceiro deles. Veja abaixo como é composta a Unidade de Aprendizagem 1.

Panorama epidemiológico das DCNT e políticas públicas de enfrentamento no Brasil

Milara Barp; Brenda Lorrana de Almeida Gomes

Atenção Primária à Saúde: Ordenadora do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde

Roxana Isabel Cardozo Gonzales; Lílian Moura de Lima Spagnolo; Luciana Soares Nunes;
Jéssica Oliveira Tomberg

Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Nayara Figueiredo Vieira; Fernanda Moura Lanza; Diego Dias de Araújo; Élide de Sousa Cunha





3 Atributos da Atenção Primária à Saúde no cuidado às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Autores

Nayara Figueiredo Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/ UFG).

E-mail: nayaravieira@ufg.br.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9833827727117421>

Fernanda Moura Lanza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ).

E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7355625144681852>

Diego Dias de Araújo

Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

E-mail: diego.araujo@unimontes.br.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7595154736421539>

Élida de Sousa Cunha

Enfermeira. Mestre em Gerontologia. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde de Unai (FACISA).

E-mail: elidacunhaunai@gmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6436590757055628>





@2023. Nayara Figueiredo Vieira; Fernanda Moura Lanza; Diego Dias de Araújo; Élica de Sousa Cunha.

Todo o conteúdo deste e-book é de inteira responsabilidade de seus respectivos autores.

Organizadoras

Valéria Pagotto
Cynthia Assis de Barros Nunes

Revisão Editorial

Cynthia Assis de Barros Nunes
Nunila Ferreira de Oliveira
Valéria Pagotto

Revisão de Língua Portuguesa

Ana Laura de Sene Amancio Zara

Criação e gestão da identidade visual

Adalberto Meira
Ana Júlia Vaz Sales
Anna Paula M. Barros
Deborah Gomes
Jackeline Dias Sintra
Maria Clara Pedrosa Prata
Ranielly Ferreira Lopes
Suelen Gomes Malaquias

Capa e Diagramação

Marcos Vinicius Saraiva Alves Costa
Nathalia Pereira Costa Nascimento

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons-Atribuição - Não Comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFG

A882 Atributos da atenção primária à saúde no cuidado às pessoas com Doenças crônicas não transmissíveis. [Ebook]. / Nayara Figueiredo Vieira, ...[et al.]. - Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF) - Goiânia : Cegraf UFG, 2023.

Projeto: Programa de Formação e qualificação do cuidado às pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária no Estado de Goiás (Projeto QualiDCNT)
Inclui bibliografia
ISBN (E-book): 978-85-495-0680-1

1. Atenção Primária à Saúde - Princípios. 2. Doenças crônicas não transmissíveis. 3. Serviços de saúde – Recepção e Acolhimento. I. Vieira, Nayara Figueiredo. II. Projeto QualiDCNT. III. Universidade Federal de Goiás. IV. Universidade Federal de Catalão.

CDU: 614.39

Bibliotecária responsável: Joseane Pereira / CRB1: 2749





ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IRC	Insuficiência Renal Crônica
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
Rede DCNT	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
SUS	Sistema Único de Saúde





FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 - Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares.....	17
Figura 2 - Relação entre a gestão de caso e o atributo orientação familiar.....	23
Quadro 1 - Conceitos dos atributos da atenção primária à saúde e exemplos no cotidiano no serviço.....	11
Quadro 2 - Versões do PCATool- Brasil e quantidade de itens.....	16
Quadro 3 - Aspectos qualificadores da Atenção Primária à Saúde na assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.....	20
Quadro 4 - Exemplos de situações que são consideradas como insuficientes para a capacidade de autocuidado do paciente com condição crônica.....	26
Tabela 1 - Questões referentes ao acesso de primeiro contato do PCATool-Brasil.....	17
Tabela 2 - Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos.....	24
Tabela 3 - Nível de estratificação de acordo com o grau de severidade da condição crônica e a capacidade de autocuidado do paciente.....	27





SUMÁRIO

Apresentação	10
1. Introdução	11
2. Desenvolvimento	15
2.1 Princípios que orientam a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde	20
2.2 Atividades a serem aperfeiçoadas e/ou implementadas	21
2.2.1 Programação da assistência conforme necessidades da população	22
2.2.2 Recepção e Acolhimento	22
2.2.3 Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências	23
2.2.4 Estratificação segundo riscos	23
2.2.5 Gestão de Caso	28
3. Considerações Finais	30
Referências	31





Apresentação

Olá cursista, tudo bem?

Vamos dar início ao Módulo 3 do Curso, cujo objetivo geral é verificar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) que atuam como eixo organizativo do processo de trabalho desenvolvido no cuidado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Espera-se, neste Módulo 3, que você...

Desenvolva as seguintes **Competências** de...

➔ Implementar os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS).

Adquira os **Conhecimentos** sobre...

➔ Os atributos da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária, competência cultural.

Desenvolva **Habilidades** de...

➔ Estabelecer vínculo com as pessoas com DCNT da APS.

➔ Coordenar o cuidado das pessoas com DCNT nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Desenvolva **Atitudes** de...

➔ Valorizar os atributos da APS no atendimento de pessoas com DCNT.

Carga horária: 8 horas





1. Introdução


Conforme visto nos módulos anteriores as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam importante problema de saúde pública, pois são responsáveis por altas taxas de mortalidade, bem como acarretam altos custos para o sistema de saúde.

Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem caráter estratégico na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial de identificar as necessidades em saúde da população e realizar estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede (BRASIL, 2013). Destaca-se também, que a APS representa o elo entre o sistema de saúde, que é responsável pelo monitoramento de casos que muitas vezes exigem cuidados complexos e coordenados, e diversos serviços (PERILLO *et al*, 2021).

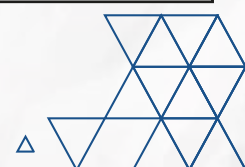
Segundo o referencial teórico de Starfield (2002), para a APS ser considerada efetiva, esta deve cumprir um agregado de atributos, os denominados de **essenciais**, são: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, já os atributos **derivados** são: a orientação comunitária, familiar e competência cultural. Tal concepção traduz que o forte grau de orientação desses atributos resulta em serviços de atenção primária de melhor qualidade. No Quadro 1 pode-se observar os conceitos destes atributos, tendo em vista o aporte teórico de Starfield (2002).

Quadro 1 - Conceitos dos atributos da atenção primária à saúde e exemplos no cotidiano no serviço

Atributos Essenciais	
Conceito	Exemplo
Refere-se à acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.	Situações de demanda espontânea, quando a pessoa procura o serviço para uma aferição de pressão arterial.



Acesso de Primeiro



**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. Trabalhar com uma população adscrita em uma Unidade de Saúde é uma forma de fortalecer esse atributo.

Quanto mais um médico ou enfermeiro atende o mesmo paciente com hipertensão arterial, por exemplo, mais esses profissionais irão conhecer o histórico desse indivíduo e fortalecer os laços de confiança.

**Integralidade**

Leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de APS. 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-se os encaminhamentos para especialidades médicas focais e hospitalais.

Todas as ações que são realizadas nas Unidades Básicas referem-se a esse atributo, como: grupos operativos de hipertensão e diabetes, assistência odontológica à pessoas com DCNT, rastreio de câncer de colo de útero.

Encaminhar a pessoa com hipertensão arterial para a Atenção Secundária, para atendimento com especialista é uma forma de fortalecer a integralidade.

**Coordenação da Atenção**

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

O cadastro dos atendimentos realizados com a pessoa hipertensa permite a continuidade do cuidado, pois independentemente de quem esteja atendendo o paciente, todos estarão conhecendo sua história e seus problemas.

Assim, o prontuário eletrônico e informatizado favorece a coordenação do cuidado. Como são os registros de prontuários na Unidade de Saúde onde você atua?





Atributos Derivados

Orientação Familiar

Refere-se à 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.

As visitas domiciliares às pessoas hipertensas são uma excelente forma de prestar a assistência voltada ao contexto e às condições da estrutura familiar. Você realiza visitas? Pergunta sobre a família quando atende o paciente?



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.

Você sabe quantos hipertensos existem nas suas microáreas?
A territorialização e o cadastramento das famílias permite que você elabore e programe suas atividades, para atender as reais necessidades da população.



Competência Cultural

Adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação.

Você costuma adequar sua assistência e linguagem de forma que o indivíduo te compreenda?
Para um paciente analfabeto com hipertensão, você coloca figuras na receita que sinalizem o horário do medicamento? Se sim, essa é uma competência cultural.





A identificação da presença e extensão dos atributos citados é importante para definir um serviço como realmente orientado para as dimensões da APS. Além disso, o reconhecimento empírico dos atributos da APS permite verificar a associação entre estes atributos e os resultados – a efetividade – da atenção prestada sobre a saúde da população (HARZHEIM et al, 2020).

De acordo com Starfield (2002), quanto melhor a orientação para os atributos, melhores são:

- ➔ **Indicadores de saúde;**
- ➔ **Satisfação dos usuários;**
- ➔ **Menores custos;**
- ➔ **Melhor equidade;**
- ➔ **Impactos positivos no estado de saúde das populações e das pessoas.**

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é prioritária para o fortalecimento da APS, de forma a reafirmar a universalização, equidade na assistência e organização dos serviços.

Como forma de avaliar o grau de orientação dos referidos atributos, Starfield e colaboradores, desenvolveram a ferramenta de avaliação da APS, o “*Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil)*”, que foi validada e adaptada para a realidade brasileira (BRASIL, 2010; BRASIL, 2020).

Você já tinha ouvido falar no PCATool- Brasil?

O PCATool- Brasil permite avaliar os atributos da APS na perspectiva dos usuários (versão adulto e criança) e dos profissionais de saúde. Este instrumento pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de Saúde da Família, assim como pelos diversos níveis de gestão pública da APS no Brasil e até nos serviços privados (BRASIL, 2020).

**Enfim, o que isso significa na sua prática profissional?
Você considera que é possível aplicar o instrumento na sua prática?**



Para refletir





Nesse sentido, considerando o conteúdo que estudaremos neste módulo, esperamos que você desenvolva conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam a você verificar a implementação dos atributos da atenção primária à saúde no contexto do processo de trabalho relacionado às doenças crônicas não transmissíveis, favorecendo assim, a promoção de ações que permitam a melhora da qualidade do cuidado a essa população.

2. Desenvolvimento

Agora que você já conhece os atributos da APS e sabe que eles podem e devem ser avaliados por meio da aplicação do PCATool-Brasil, vamos aprender mais a respeito desse instrumento?

O PCATool foi validado para a realidade brasileira em 2010 (BRASIL, 2010) e desde então tem sido aplicado em várias realidades das diferentes regiões brasileiras.

As evidências têm mostrado que a qualidade dos serviços ofertados é desigual no território nacional, em função das diversidades econômicas, políticas e sociais. Além disso, alguns atributos mais fortalecidos em comparação a outros, no geral, os estudos mostram que a principal dificuldade está em prover acesso de qualidade aos usuários.

E no seu serviço?

Você considera que o acesso ao serviço de saúde está facilitado?

Há barreiras no acesso?

Sabe como poderia avaliar o acesso?

Como visto anteriormente, ainda há uma ampla agenda para que o Brasil obtenha maior presença e extensão dos atributos da APS. Assim, o Ministério da Saúde tem adotado o PCATool-Brasil como ferramenta de avaliação dos serviços de saúde para o planejamento e execução das ações de APS (BRASIL, 2020; SELLERA *et al.*, 2020; HARZHEIM *et al.*, 2020).

Atualmente, o instrumento tem versões destinadas a pacientes crianças, adultos, profissionais de saúde e também para a saúde bucal. Além disso, há versões extensas e reduzidas como forma de facilitar a avaliação dos serviços. O Quadro 2 apresenta as versões e a quantidade de itens que as compõem, a escolha depende de qual é o objetivo, seja enquanto profissional de saúde ou como pesquisador.





Quadro 2 - Versões do PCATool- Brasil e quantidade de itens.

Versões do PCATool- Brasil	Quantidade de Itens	
	Extensa	Reduzida
Crianças	55	30
Adultos	87	25
Profissionais médicos e enfermeiros	111	Não há
Saúde bucal para pacientes adultos	86	Não há
Saúde bucal para profissionais dentistas	81	Não há

Fonte: BRASIL, 2020

VAMOS PRATICAR?

Suponhamos que você queira avaliar como está o acesso de primeiro contato no seu serviço.

Você sabe como usar o PCATool-Brasil?

O primeiro passo que deve seguir é conhecer as perguntas e ver quais são as versões que melhor atendem aos objetivos, para isso, acesse o material a seguir:



Fonte: Brasil (2020).





Caso você queira avaliar se o seu processo de trabalho está orientado segundo algum atributo em especial, selecione as questões que fazem parte do atributo e responda segundo a escala de Likert:

- ➔ Com certeza sim = 4
- ➔ Provavelmente sim = 3
- ➔ Provavelmente não = 2
- ➔ Com certeza não = 1
- ➔ Não sei/Não lembro = 9

Na Tabela 1, estão as perguntas do atributo acesso de primeiro contato. Vamos respondê-las como forma de um exercício. Observe que são nove (9) perguntas para esse atributo. Esse será um treinamento. Vamos lá!

Tabela 1 - Questões referentes ao acesso de primeiro contato do PCATool-Brasil

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.					
Perguntas	Com certeza sim (4)	Provavelmente sim (3)	Provavelmente não (2)	Com certeza não (1)	Não sei/ Não lembro (9)
A1. O seu serviço de saúde está aberto no sábado e/ou no domingo?				X	
A2. O seu serviço de saúde está aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às				X	
A3. Quando o seu serviço de saúde está aberto e algum(a) paciente adoecer, alguém	X				
A4. Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se acreditam ser necessário?		X			
A5. Quando o seu serviço de saúde está fechado e os pacientes adoecem, existe um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual possam contatar?				X	





A6. Quando o seu serviço de saúde está fechado no sábado e no domingo e algum(a) paciente adoece, alguém do seu serviço o(a) atende no mesmo dia?				X	
A7. Quando o seu serviço de saúde está fechado e algum(a) paciente adoece durante a noite, alguém do seu serviço o(a) atende na mesma noite?				X	
A8. É fácil para um(a) paciente marcar uma consulta de revisão (consulta de rotina, checkup) no seu serviço de saúde?		X			
A9. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo(a) médico(a) ou pelo(a) enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?		X			

Vamos considerar que na Tabela 4 represente uma situação hipotética da realidade de um profissional da APS. Assim, o atributo “acesso de primeiro contato” é constituído por 9 itens cujas respostas estão exemplificadas no quadro 3. Por exemplo, para o item A.1, assinalou-se 1 (“com certeza não”); o item A.2 foi marcado como 1 (“com certeza não”) e assim sucessivamente. A obtenção do escore médio desse atributo é realizada pelo cálculo da média aritmética das respostas dos itens, como segue:

$$\text{Escore 1 a 4} = \frac{1+1+4+3+1+1+1+3+3}{9} = 2$$

Com isso, o escore médio é igual a 2, considerando a escala de likert (variando de 1 a 4 pontos). Para a transformação do escore de 1 a 4 em escore de 0 a 10, usa-se a fórmula apresentada a seguir:

$$\text{Escore (0 a 10)} = \frac{\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo da escala})}{4 (\text{valor máximo da escala}) - 1 (\text{valor mínimo da escala})} \times 10$$





Tanto o valor mínimo, quanto o máximo são utilizados padronizado conforme a escala de Likert. Ao continuar com o raciocínio anterior, estaríamos trabalhando com a seguinte equação:

$$\text{Escore (0 a 10)} = \frac{2-1}{3} \times 10 = 3,33$$

Como interpretar esse resultado?

Então, têm-se que o escore médio do acesso de primeiro contato é 3,33, sugerindo que o serviço avaliado apresenta baixo desempenho, pela perspectiva do profissional, quanto a esse atributo. Pois, considera-se um elevado desempenho quando o escore médio é igual ou superior a 6,6.

Mais informações e detalhes sobre o cálculo dos escores, essencial, derivado e geral são encontrados no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil – 2020 (BRASIL, 2020).

Você acha que sua prática profissional e da sua equipe interfere na presença e extensão dos atributos da APS?



Para refletir

Para responder a esse questionamento é importante compreender que o PCATool- Brasil é um instrumento capaz de mensurar a presença e extensão dos atributos da APS, dessa forma sua utilização permite aos tomadores de decisão reorientar operacionalmente os serviços de saúde na busca da melhoria da saúde da população com equidade (HARZHEIM et al, 2017).

Assim, o fraco desempenho em algum atributo ou escore, o profissional ou gestor que está realizando a avaliação, poderá sugerir melhorias como forma de qualificar a assistência prestada, em especial, as DCNT que com frequência utilizam a atenção primária.

Por exemplo, a resposta no item A.2 foi “com certeza não”, sendo que esta pergunta se refere a ampliação do funcionamento do serviço até às 20 horas, dessa maneira é preciso operacionalizar a expansão do horário de atendimento das unidades. Essa é uma realidade de alguns municípios que buscaram estratégias para ampliar o horário de funcionamento dos serviços, aumentando o acesso da população, principalmente para os trabalhadores formais.





2.1 Princípios que orientam a reorganização dos processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde

Observe, cursista, o quanto é importante que as equipes da APS apliquem o PCATool- Brasil e, pautados nos resultados obtidos, trabalhem no processo de planejamento e reorganização das atividades das equipes de APS, assim poderão alcançar melhores indicadores na assistência à pessoa com doenças crônicas. Nessa perspectiva são destacados a seguir aspectos que vêm sendo apontados como nós críticos em serviços de Atenção Primária (BRASIL, 2014; SSC-GHC, 2013).

Analise-os com atenção!

Quadro 3 - Aspectos qualificadores da Atenção Primária à Saúde na assistência aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Ampliação do acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde

O acesso associa-se diretamente à disponibilidade de consultas e de demanda espontânea, além de atividades e atendimentos coletivos, exames, medicamentos, entre outros. Algumas estratégias para ampliar o acesso:

- ➔ Ampliar o horário de funcionamento é uma ação que aumenta o acesso de trabalhadores, especialmente os do sexo masculino.
- ➔ Divulgação por meio de cartazes ou WhatsApp sobre os serviços que serão ofertados fora do horário da unidade, isso reforça a preocupação da equipe na resolução dos problemas da população (BRASIL, 2014).
- ➔ Incorporar outros meios de divulgação, como redes sociais e outras mídias, pois apresentam potência em ampliar o acesso a serviços e informações.





Qualificar a Atenção à Saúde

- ➔ A incorporação na prática dos profissionais da APS as diretrizes clínicas baseadas em evidências, pois isso relaciona-se à efetividade do cuidado (BRASIL, 2014). Obs: esse conteúdo será mais detalhado nos próximos Módulos do Programa.

Busca pela integralidade da Atenção

A integralidade tem várias dimensões, compreende a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, a uma conduta integral do indivíduo e da população, em que são observados os sistemas fisiológicos, bem como os psicológicos, espirituais e o contexto familiar e social. A integralidade tem uma terceira dimensão, relacionada à coordenação com outros serviços de saúde e setores da sociedade (BRASIL, 2014; CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA, 2012).

2.2 Atividades a serem aperfeiçoadas e/ou implementadas

Agora vamos conhecer algumas propostas para orientar as equipes de Saúde da APS na implementação de um conjunto de atividades, metodologias e ferramentas que impactam diretamente na melhoria da qualidade nos serviços e do cuidado às pessoas com DCNT. São elas:

- ➔ Programação da assistência conforme necessidades da população;
- ➔ Recepção e acolhimento;
- ➔ Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências;
- ➔ Estratificação segundo riscos;
- ➔ Gestão de caso.



A seguir estudaremos detalhadamente cada uma dessas propostas. Vamos lá?

2.2.1 Programação da assistência conforme necessidades da população

Conhecidas as demandas em saúde da população do território, deve-se realizar a programação dos tempos e agendas. Como parâmetro para organização da agenda na literatura, há variação em relação ao total de consultas. Esse parâmetro pode variar de 30% a 50% de consultas programáveis e de 50% a 70% de consultas do dia. Para melhor compreensão, acesse o material a seguir:



Fonte: Brasil (2014).

2.2.2 Recepção e Acolhimento

Apesar dos vários significados relacionados ao mesmo assunto (a recepção, o acolhimento, a porta de entrada, o acesso, a acessibilidade, o atendimento do dia, a demanda espontânea), trataremos o assunto da seguinte forma: **que as pessoas possam usufruir dos serviços de saúde que necessitam, no momento em que necessitam, com qualidade e equidade!** (BRASIL, 2014). Acesse o material, a seguir, para saber mais sobre este assunto.



Fonte: Brasil (2013 b).





O usuário com doenças crônicas é, usualmente, um frequentador da APS, buscando-a por várias razões: renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento para agudização de sua condição crônica, entre outras. Acolher adequadamente uma demanda espontânea envolve responder à necessidade atual e organizar (programar) o acompanhamento da condição crônica do paciente (BRASIL, 2014).

2.2.3 Uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências

O uso de diretrizes e protocolos assistenciais pelas equipes de saúde está fortemente relacionado à melhor qualidade da assistência, diagnósticos mais precisos, tratamentos mais adequados, melhor uso de recursos e exames e melhores resultados em Saúde (BRASIL, 2014). Para que essa prática seja difundida entre os profissionais, algumas condições são fundamentais (BRASIL, 2014; SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013):

- ➔ Divulgação para as equipes das diretrizes disponíveis para a APS
- ➔ As diretrizes devem estar disponíveis, em local de fácil acesso e consulta (por exemplo, nos consultórios);
- ➔ A diretriz deve explicitar as atribuições de cada integrante da equipe no cuidado aos indivíduos (o que é atribuição de cada um e o que é todos);
- ➔ Atividades de educação permanente para a familiarização dos profissionais com as diretrizes e aprofundamento dos temas, de forma que todos os integrantes da equipe as conheçam, as discutam e as critiquem.
- ➔ O monitoramento da utilização das diretrizes no dia a dia;
- ➔ Lembrar à equipe que uma diretriz apresenta as melhores recomendações, segundo evidências científicas.

2.2.4 Estratificação segundo riscos

Estratificar quer dizer agrupar, segundo uma ordem, um critério. Estratificar as pessoas com doenças crônicas significa reconhecer que as mesmas têm diferentes graus de risco/vulnerabilidade e, portanto, têm necessidades diferentes. Essencialmente porque as pessoas têm diferentes necessidades, que variam conforme seu risco (BRASIL, 2014).

Fique atento(a)!

Na Unidade de Aprendizagem 3, você irá conhecer a Calculadora de Estratificação de Risco Cardiovascular produzida pela SES-GO.





Quais atributos da APS poderiam ser melhorados com a realização da estratificação de risco?



Para refletir

Na atenção às condições crônicas, existem diferentes maneiras de estratificação. A seguir é apresentada proposta, de acordo com dois critérios (MENDES, 2012):

- ➔ a severidade da condição crônica estabelecida;
- ➔ a capacidade de autocuidado.

Avaliar o grau de severidade e a capacidade de autocuidado tem por objetivo conhecer melhor as necessidades de cuidado de cada pessoa e, assim, planejar as melhores recomendações de cuidado (MENDES, 2012; BRASIL, 2014). A severidade da condição crônica é resultado da complexidade do problema, o que interfere na qualidade de vida da pessoa, e do risco de ocorrer um evento que cause morbidade ou mortalidade. No contexto das doenças cardiovasculares, podemos estabelecer quatro graus de severidade da condição crônica, em ordem crescente (Tabela 2).

Tabela 2 - Graus de severidade das condições crônicas cardiovasculares e exemplos.

Graus de severidade da condição crônica		Exemplos:
Grau 1	Presença de fatores de risco relacionados aos comportamentos e estilos de vida na ausência de doença cardiovascular.	<ul style="list-style-type: none">• Tabagismo• Excesso de peso• Sedentarismo• Uso de álcool
Grau 2	Condição crônica simples, com fatores biopsicológicos de baixo ou médio risco.	<ul style="list-style-type: none">• Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) dentro da meta estabelecida, sem complicações, com baixo ou médio risco cardiovascular em avaliação por escores de risco, como o escore de Framingham.
Grau 3	Condição crônica complexa ou presença de fatores de alto risco para complicações cardiovasculares.	<ul style="list-style-type: none">• Alto risco para doença cardiovascular em avaliação de escores de risco• Microalbuminúria/proteinúria• Hipertrofia ventricular esquerda• Uso de insulina• DM tipo 2 acima da meta glicêmica• HAS acima da meta pressórica





Grau 4	Condição crônica muito complexa ou de muito alto risco (complicação estabelecida com grande interferência na qualidade de vida).	<ul style="list-style-type: none">• Cardiopatia isquêmica• Acidente vascular cerebral (AVC) prévio• Vasculopatia periférica• Retinopatia por DM• Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) classes II, III e IV• Insuficiência renal crônica (IRC)• Pé diabético/neuropatia periférica
---------------	--	--

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012, adaptado de MENDES, 2012; BRASIL, 2014).

Na presença de situações de diferentes graus, considera-se aquela que caracteriza o maior grau. Por exemplo: pessoa com Excesso de Peso (grau 1), com AVC prévio (grau 4): considera-se grau 4 de severidade.

Essa perspectiva de estratificação de risco poderia fortalecer, por exemplo, o atributo integralidade, pois o serviço poderia reconhecer as reais necessidades em saúde da população e oferecer uma assistência alinhada a realidade local.

Como podemos visualizar a importância da estratificação de risco para o atributo "orientação familiar"?

Quanto à avaliação da capacidade de autocuidado, em boa parte, essa é subjetiva, pois depende da percepção dos profissionais da equipe de saúde da APS ao observar o contexto e as atitudes da pessoa diante de sua condição crônica. Mas, há formas de aperfeiçoar a capacidade de avaliar esses aspectos que incluem (MENDES, 2012):

- o conhecimento sobre as crenças relacionadas à condição de saúde;
- as atitudes, a confiança e a motivação diante das mudanças;
- a importância dada à condição; e
- a presença e a força das redes de suporte social.

O julgamento clínico realizado pela equipe de saúde quanto à capacidade de autocuidado do paciente é refletido como suficiente ou insuficiente. No Quadro 4, está exemplificado um conjunto de situações que são consideradas como insuficientes para a capacidade de autocuidado do paciente.



**Quadro 4** - Exemplos de situações que são consideradas como insuficientes para a capacidade de autocuidado do paciente com condição crônica

Pessoas com dificuldade de compreensão de sua condição crônica, por exemplo, com expectativa de cura ou controle em curto prazo.
Pessoas com dificuldade de compreensão das necessidades farmacológicas e de um plano de cuidados em médio e longo prazos.
Pessoas que se encontram no estágio pré-contemplativo de mudança de comportamento, isto é, que não demonstram interesse em realizar mudanças nos próximos meses.
Pessoas com baixo suporte social (ausência de apoio familiar, problemas familiares e dificuldades socioeconômicas).
Pessoas com baixa autoeficácia, isto é, que não acreditam em si mesmas como agentes de mudança de suas condições.
Pessoas com postura reativa às suas condições crônicas, que reduzem sua sociabilidade e tornam-se reclusas por causa de suas limitações, muitas vezes fazendo dos seus problemas o centro de suas vidas.
Pessoas que se recolhem em sua condição crônica, sem ação para melhoria de sua condição.
Pessoas que abandonam o acompanhamento por não atingirem as metas, por exemplo, usuário obeso que desiste do plano de cuidados ao ver que não perdeu peso.
Pessoas com depressão grave, com prejuízo no desempenho das suas atividades diárias.

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012; BRASIL, 2014).

A capacidade de autocuidado deve ser regularmente avaliada pelos profissionais da equipe da APS, que precisam estar atentos a mudanças de atitude dos usuários. A avaliação da capacidade de autocuidado é dinâmica e depende do comportamento da pessoa diante de sua condição crônica. É desejável que pessoas com capacidade de autocuidado considerado insuficiente progridam para um grau suficiente (BRASIL, 2014).

O papel das equipes da APS é fundamental no sentido de apoiar os portadores de DCNT, planejando e implementando ações e cuidados que lhes permitam tomar postura proativa de cuidado.

Veja, na Tabela 3, a classificação dos estratos de acordo com o grau de severidade da condição crônica e a capacidade de autocuidado do paciente.





Tabela 3 – Nível de estratificação de acordo com o grau de severidade da condição crônica e a capacidade de autocuidado do paciente

Graus de severidade da condição crônica:	Capacidade para autocuidado INSUFICIENTE	Capacidade para autocuidado SUFICIENTE
Grau 4: Doença cardiovascular estabelecida	ESTRATO 5	ESTRATO 4
Grau 3: HAS/DM acima da meta, sinais de lesão em órgão-alvo sem doença estabelecida (proteinúria, hipertrofia ventricular esquerda), alto risco pelo escore de Framingham	ESTRATO 4	ESTRATO 3
Grau 2: HAS/DM dentro da meta, baixo/médio risco cardiovascular pelo escore de Framingham	ESTRATO 2	ESTRATO 2
Grau 1: Somente fatores de risco	ESTRATO 1	ESTRATO 1

Fonte: (STURMER; BIANCHINI, 2012; BRASIL, 2014).

○ **ESTRATO 1**, tem relação com a situações de menor risco/vulnerabilidade, equivalente à maioria da população, representa as pessoas que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e a estilo de vida, não apresentando doença estabelecida. Nessa situação, a estratégia fundamental é o apoio ao autocuidado (BRASIL, 2014).

○ **ESTRATO 2**, é o baixo risco, corresponde às pessoas com fatores biopsicológicos estabelecidos e que exigem cuidado profissional mais dirigido; mas o apoio ao autocuidado ainda é a base da abordagem. Além das ações de apoio ao autocuidado e cuidado compartilhado entre os diferentes profissionais da equipe de Saúde também é recomendado (BRASIL, 2014).

○ **ESTRATO 3**, corresponde ao estrato intermediário em que a condição crônica representa um risco maior, e a condição clínica que determina o tipo de Atenção à Saúde a ser ofertado pela equipe (BRASIL, 2014).

○ **ESTRATO 4** representa o alto risco, composto por pessoas que apresentam insuficiente capacidade para o autocuidado, ou aquelas que já possuem enfermidade crônica muito complexa, mas que apresentam capacidade suficiente de autocuidado. Esse grupo demanda atenção mais concentrada e individual por parte dos profissionais (BRASIL, 2014).





O **ESTRATO 5** corresponde às pessoas que necessitam da maior concentração de atenção profissional, pois, à gravidade da condição estabelecida soma-se a insuficiente capacidade de autocuidado. Essas pessoas devem ser cuidadas, prioritariamente, por meio da gestão de caso (BRASIL, 2014).

Na Figura 1, observe as ações de saúde recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares em cada nível de atenção.

Figura 1 - Os diferentes estratos de risco e correspondentes exemplos de ações predominantemente recomendadas para doenças crônicas cardiovasculares

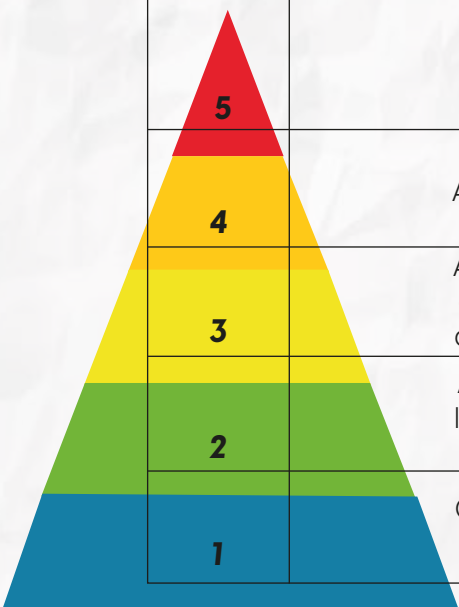
Nível de Atenção	Atenção de Saúde Predominante	Exemplo de Atividades
 5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar
4	Atenção Individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares
3	Atenção Individual/compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva - Particularizar conforme a necessidade individual
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

FIGURA 1: (STURMER; BIANCHINI, 2012; BRASIL, 2014).

2.2.5 Gestão de Caso

A gestão de caso é o processo cooperativo desenvolvido entre um profissional gestor de caso, uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa (estrato 5) e sua família. O propósito da gestão de caso é **integrar, coordenar e advogar** pelos indivíduos, famílias ou grupos que necessitam de cuidados por longo prazo (MENDES, 2012; BRASIL, 2014).

Dessa maneira, a gestão de caso tem como objetivo propiciar atenção de qualidade e humanizada, diminuir a fragmentação do cuidado da Atenção à Saúde, aumentar a capacidade funcional e preservar autonomia individual e familiar. Além de advogar (defender) pelas necessidades e expectativas de pessoas em situação especial; aumentar a qualidade do cuidado; facilitar a comunicação com os prestadores de serviços; coordenar o cuidado em toda a rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2012; BRASIL, 2014).





Na Figura 2, é apresentada a estreita relação existente entre o propósito da gestão de caso e o atributo orientação familiar.

FIGURA 2 - Relação entre a gestão de caso e o atributo orientação familiar



Fonte: Autoria Própria.

O gestor de caso irá se responsabilizar pela pessoa durante a duração da condição crônica de saúde e fazer julgamentos sobre a necessidade e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Para considerar que há gestão de caso, deve haver um plano conjunto de cuidado construído de forma multidisciplinar entre os componentes da equipe que estão comprometidos com a resolução dos problemas e o usuário/família. Na gestão de caso, trabalha-se para a obtenção de um objetivo comum, expresso pelo plano conjunto de cuidado (BRASIL, 2014).

Para saber mais, consulte: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Cadernos de Atenção Básica, n° 35, disponível aqui (BRASIL, 2014).





3 Considerações Finais

Evidencia-se que ainda há uma complexa agenda para que se obtenha serviços de atenção à saúde orientados segundo os atributos da APS. Nesse Módulo, apontamos algumas estratégias relacionadas ao processo de trabalho que podem promover mudanças na qualidade da assistência às pessoas com DCNT.

Para além da avaliação dos atributos por meio da aplicação do PCATool-Brasil, torna-se imprescindível buscar estratégias que qualifiquem a assistência prestada aos pacientes acometidos por DCNT de forma que gere impacto nos atributos da APS.

Organizar o processo de trabalho baseado em estratégias de programação da assistência conforme necessidades da população, recepção e acolhimento, uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências, estratificação segundo riscos e gestão de caso, tem capacidade operacional de qualificar os atributos essenciais e derivados da APS.





Referências

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA (CEPAPS). No prelo. Serviço de Saúde Comunitária. Grupo Hospitalar Conceição. **Avaliação da Atenção à Saúde em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellito em Atenção Primária à Saúde**. Projeto de pesquisa em andamento, resultados preliminares. 2012.

HARZHEIM, E.; MARTINS JOSÉ DOS SANTOS, C.; PEREIRA D'AVILA, O.; WOLLMANN, L.; PINTO, L. F. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2354, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2354. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2354>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2012.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L., (org). Estudos de PCATool no Brasil In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018, p. 493-526.

PERILLO, R. D.; POÇAS, K. C.; BERNAL, R. T. I. DUARTE, E. C.; MALTA, D. C. Fatores associados à avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva do usuário: resultados do inquérito telefônico Vigitel, 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 3, 2021, p. 961-974. DOI: 10.1590/1413-81232021263.45722020. Disponível em: <<https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-a-avaliacao-da-atencao-primaria-a-saude-na-perspectiva-do-usuario-resultados-do-inquerito-telefonico-vigitel-2015/17875?id=17875>>. Acesso em: jun. 2022.





SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA-GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (SSC-GHC). No prelo. **Diretrizes para o planejamento 2013:** orientações para a organização da assistência nas unidades de saúde do SSC e Centros de Apoio Psicossocial (CAPS). Porto Alegre, 2013.

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

STÜRMER, P. L.; BIANCHINI, I. No prelo. **Atenção às condições crônicas cardiovasculares:** uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012.





SOBRE O E-BOOK

Tipografia: Visby CF
Publicação: Cegraf UFG
Campus Samambaia, Goiânia -
Goiás, Brasil, CEP 74690-900
Fone: (62) 3521-1358
<https://cegraf.ufg.br>

