

Qualidade da atenção aos pacientes com Diabetes Mellitus no Programa Mais Médicos, em um município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil

Quality of care for patients with Diabetes Mellitus in the More Doctors Program, in a municipality in the metropolitan region of Recife (PE), Brazil

Maria da Penha Rodrigues dos Santos¹, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque², Tereza Maciel Lyra¹, Antonio da Cruz Gouveia Mendes¹, Fabiana Letícia da Silva¹, George Tadeu Nunes Diniz¹

DOI: 10.1590/0103-1104202012508

RESUMO Avaliou-se a qualidade da atenção aos pacientes com diabetes nas equipes do Programa Mais Médicos. Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado em Goiana, Pernambuco, entre novembro de 2016 e agosto de 2017. Utilizaram-se entrevistas estruturadas a partir do Primary Care Assessment Tool. Foram entrevistados 41 profissionais de Equipes de Saúde da Família ligadas ao Programa Mais Médicos e 437 usuários com Diabetes Mellitus acompanhados por essas equipes. Os achados demonstram que a presença regular dos médicos pode ter ocasionado bons resultados quanto à longitudinalidade (usuários: 7,1; profissionais: 8,2) e à utilização dos serviços (usuários: 8,5). A qualidade do componente sistema de informações (usuários: 7,6; profissionais: 9,2) indica preenchimento e disponibilidade de informações sobre pacientes. Deficiência estrutural do município pode ter contribuído para o baixo desempenho da acessibilidade (usuários: 3,6; profissionais: 3,9). Resultados insatisfatórios para orientação familiar (4,6) e comunitária (2,88), segundo usuários, reforçam a necessidade de fortalecimento desses atributos, peculiares à Estratégia Saúde da Família. Ademais, por tratar-se de um programa, existe a possibilidade de sua descontinuidade, sobretudo no cenário da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, podendo comprometer o acesso e a continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde. Consórcios de saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The research evaluated the quality of care for patients with diabetes, cared for by the teams of the More Doctors Program. A quantitative, cross-sectional study was carried out in Goiana, Pernambuco, between November 2016 and August 2017. Structured interviews were used from the Primary Care Assessment Tool. 41 professionals from Family Health Teams linked to the More Doctors Program and 437 users with Diabetes Mellitus monitored by those teams were interviewed. The findings evidence that regularity in doctors' attendance may have lead to good results regarding longitudinality (users: 7,1; professionals: 8,2) and use of services (users: 8,5). Quality regarding the information system component (users: 7,6; professionals: 9,2) indicates that data about patients were complete and available. Structural deficiencies in the municipality may have contributed to the low performance of accessibility (users: 3,6; professionals: 3,9). Poor results for family (4,6) and community (2,88) counselling, according to users, reinforce the need to strengthen these attributes, specific to the Family Health Strategy. Additionally, as it is a program, there is the possibility of its discontinuity, due to the context created by Constitutional Amendment nº 95, 2016, which may compromise access and continuity of care, especially for users with chronic diseases who frequently use the health care system.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Recife (PE), Brasil.
santospenha2011@gmail.com

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.

KEYWORDS Program evaluation. Health consortia. Primary Health Care.



Introdução

O compromisso com o fortalecimento dos cuidados primários para o alcance de sistemas universais foi renovado em 2018, durante a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Astana, capital do Cazaquistão¹.

Esse novo acordo ocorre em um momento em que ainda persistem muitos desafios para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto ferramenta para alcançar a meta da saúde para todos, defendida em Alma-Ata, em 1978, ao mesmo tempo em que já existem evidências de impacto nos indicadores de saúde, quando se opta pelo seu fortalecimento^{2,3}.

No Brasil, não obstante o subfinanciamento da saúde e recentes alterações nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária (PNAB)⁴, a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), até o final de 2018, mostrou-se a forma prioritária de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Constata-se a prioridade pela ampliação da cobertura alcançada a cada ano. Em dezembro de 2017, a ESF estava presente em 98% dos municípios do Brasil, com cobertura de 64% da população, configurando um importante crescimento nos últimos anos, uma vez que, em 2005, essa cobertura girava em torno dos 44%. Atualmente, a região Nordeste possui o maior percentual de cobertura (80,79%), seguida pela Sul (66,72%), Norte (64,12%), Centro-Oeste (62,14%) e Sudeste (53,9%)⁵.

Contudo, dificuldades são encontradas para concretizar a expansão da cobertura em municípios distantes dos grandes centros e em comunidades vulneráveis. Esta preocupação não é recente e os problemas são bem conhecidos, como a oferta desigual de profissionais de saúde entre as regiões do País, sobretudo de médicos.

O Brasil possui, atualmente, cerca de 2,18 médicos/mil habitantes. Quando se avaliam as regiões isoladamente, observa-se que a Norte e a Nordeste estão abaixo do índice

nacional, com 1,01 e 1,23 médicos/mil habitantes, respectivamente, enquanto a Sudeste ocupa a melhor posição, com 2,67⁶. Entre os estados, 16 deles (localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste) possuem razão inferior a 1,5. Os municípios de maior porte também concentram a maioria desses profissionais, uma vez que o número de médicos nas capitais chega a ser quatro vezes maior do que no interior dos estados⁶.

Reduzir essas desigualdades e induzir uma formação mais próxima às necessidades da população têm sido preocupações recorrentes no Brasil. O Projeto Rondon, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Pias), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (Pisus) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits) são exemplos de iniciativas governamentais testadas entre o período da ditadura militar e o início dos anos 2000, além do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (ProvaB), implantado em 2011^{7,8}.

Contudo, foi apenas com o Programa Mais Médicos (PMM), lançado em 2013, que a provisão de médicos em áreas prioritárias teve magnitude e respostas em tempo adequado para atender a demanda dos municípios brasileiros. De fato, o Programa chegou a 73% dos municípios brasileiros, além de 34 distritos de saúde indígenas, com 18.240 médicos^{8,9}.

Desde a sua implantação, o PMM vem sendo objeto de estudos, em sua maioria realizados por pesquisadores brasileiros. Entre 2013 e 2016, pesquisas avaliativas e análises de política responderam pela maioria da produção científica sobre esse tema¹⁰. Podem ser encontrados na literatura, ainda, estudos que discutem acesso, equidade, integralidade, longitudinalidade, mudanças no processo de trabalho e impacto na provisão, na rotatividade dos médicos e na satisfação do usuário após a implantação do PMM. Essas pesquisas mostraram resultados positivos^{3,11}, mas também revelaram os limites do Programa¹². Todavia, em virtude do pouco tempo de implantação

do PMM, ainda há uma carência de outros estudos, inclusive, que demonstrem seus efeitos sobre os indicadores de saúde³.

A região Nordeste foi a que recebeu o maior número de médicos pelo PMM nos cinco primeiros ciclos de adesão, tendo 590 municípios habilitados ao preenchimento de vagas disponibilizadas, com a participação de 95 municípios pernambucanos¹³, entre os quais está Goiana, município integrante da região metropolitana do Recife (PE), localizado no extremo norte do estado. Com população de 78.618 pessoas¹⁴, esse município aderiu ao Programa, enquadrando-se no perfil de extrema pobreza e com áreas vulneráveis¹³. Sede da XII Região de Saúde do estado, Goiana (PE) também sedia um polo farmacológico, liderado pela Empresa Brasileira de Hemoderivados (Hemobrás), e um polo automotivo (Fiat/Jeep), que exercem influência direta em um conjunto de municípios pernambucanos e paraibanos, por situarem-se na fronteira entre os dois estados.

Sabe-se que polos de desenvolvimento já consolidados, como Macaé e Itaguaí, no Rio de Janeiro, e Suape, em Pernambuco, têm evidenciado um crescimento econômico sem equivalente desenvolvimento social^{15,16}.

No caso de Goiana (PE), estudo promovido pela Hemobrás em parceria com o Instituto Aggeu Magalhães – IAM (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Pernambuco) identificou fragilidade social e ambiental. No setor saúde, havia uma cobertura da ESF de 68,4%, sendo relatada a insuficiência de insumos, medicamentos e precária infraestrutura das unidades, além da rotatividade de médicos e inadequado perfil dos profissionais contratados para a ESF¹⁷.

Após a implantação do PMM, Goiana (PE) atingiu 100% de cobertura da ESF, com 22 equipes implantadas, chegando a contar com 22 médicos do Programa, em dezembro de 2013¹³. Contudo, é importante salientar que a ampliação de cobertura é apenas uma das dimensões do acesso. Ainda são muitos os fatores que dificultam a entrada e permanência dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

De acordo com Starfield¹⁹, além do acesso, outros atributos essenciais, como a integralidade, a coordenação e a longitudinalidade, são qualidades assistenciais imprescindíveis para a garantia da adesão e continuidade do cuidado. Outras três características, chamadas de atributos derivativos, como a orientação familiar, comunitária e a competência cultural, são reconhecidas também como eixos estruturantes.

Discussões teóricas e avaliação de serviços quanto aos atributos da APS vêm sendo realizadas nos últimos anos, a partir da perspectiva dos usuários e dos profissionais^{11,20}, demonstrando a relevância de sua análise para melhorar a qualidade do atendimento.

A atenção aos pacientes com doenças crônicas, como a Diabetes Mellitus (DM), constitui-se em importante exemplo para o estudo do acesso e da atenção contínua nos serviços públicos, pois é passível de prevenção e diagnóstico precoce. Além disto, por apresentar possíveis complicações ao longo dos anos, os usuários necessitam de acesso a exames e serviços especializados, sem perder o acompanhamento clínico pelas equipes da APS.

O cenário brasileiro de restrição de financiamento para a saúde e de mudanças recentes na PNAB, com previsão de outros modelos de atenção à saúde, torna oportunos os debates em torno da qualidade da atenção prestada pelas equipes que trabalham na APS. Ademais, por sediar uma Regional de Saúde (RS), Goiana (PE) concentra maior quantidade e complexidade de serviços de saúde em relação aos outros dez municípios que compõem a RS, situação que, aliada à cobertura de 100% da ESF, torna o município um apropriado caso para o estudo sobre a organização, o funcionamento e as práticas de trabalho nos serviços de saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade da atenção aos pacientes portadores de DM em ESF ligadas ao PMM, em município da região metropolitana do Recife (PE), Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal, realizado no município de Goiana (PE), no período de novembro de 2016 a agosto de 2017, a partir de dados primários.

A população estudada foi composta por médicos e enfermeiros com mais de seis meses de atuação nas equipes do PMM e pelos usuários com DM cadastrados e acompanhados pelas equipes do Programa que, no momento da entrevista, tivessem idade a partir dos 18 anos e que utilizassem as Unidades de Saúde da Família (USF) participantes do estudo para acompanhamento de sua saúde.

No período da pesquisa, no município, havia 21 equipes participantes do PMM. Dessa forma, optou-se por entrevistar o total de profissionais atuantes nas unidades. Participaram, então, 21 enfermeiros e 20 médicos, e 1 profissional se recusou.

Para os usuários, utilizou-se amostra aleatória do total de usuários diabéticos cadastrados nas equipes, de forma a permitir que todas as microáreas fossem contempladas.

No início do estudo, havia 10.492 usuários com diabetes acompanhados pelas ESF em Goiana (PE)²³. Foi realizada uma amostragem por conglomerado, considerando 21 equipes (*clusters*), utilizando 95% de intervalo de confiança, 3% de erro de estimativa e 10% de prevalência, totalizando 378 usuários. Porém, foi considerado um efeito de desenho de 1,4, resultando em 520 usuários.

Do total de 520 usuários, foram excluídos 5 por erro de preenchimento dos formulários. Dessa forma, na amostra inicial de 515 usuários, observou-se que 72 não se enquadravam no critério de inclusão referente à utilização das USF participantes do estudo para acompanhamento da saúde e 6 eram menores de 18 anos, resultando, assim, em 437 usuários. Ressalta-se que o efeito de desenho foi de 1,16, menor do que o programado (1,4).

Após o início das entrevistas, houve uma interrupção em virtude do encerramento do contrato de seis médicos cubanos, em

dezembro de 2016. Para cumprir os critérios de inclusão, foi necessário esperar seis meses após a chegada dos novos médicos para retomar o trabalho de campo, tempo importante para que eles pudessem conhecer o território, a rede de saúde, os trâmites administrativos do município, além de construir o vínculo com a comunidade. E para que os usuários pudessem avaliar a qualidade do serviço após a chegada desses profissionais.

As entrevistas estruturadas foram realizadas por profissionais previamente selecionados e treinados. Médicos e enfermeiros foram entrevistados nas unidades, e os usuários, em seus domicílios. Para isso, utilizaram-se as versões para usuários adultos e para profissionais do Primary Care Assessment Tool validadas no Brasil (PCATool-Brasil).

O PCATool²⁴, criado a partir do modelo de avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultado, de Donabedian²⁵, é adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e validado nacional e internacionalmente, possuindo tradição de utilização no Brasil e em alguns países da América, Europa e Ásia por seu grande potencial de aferição da qualidade da APS^{20,24,25}.

Esse instrumento mede a presença e a extensão dos atributos da APS (acesso de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade, orientação familiar e comunitária), e está dividido em questões, conforme o atributo avaliado e seus componentes. A competência cultural não é contemplada na versão validada para o Brasil.

Como o PCATool-Brasil não possui questões que possibilitem traçar o perfil dos sujeitos, antes de sua aplicação, utilizou-se um formulário elaborado pela equipe da pesquisa.

Para a análise dos dados, foram construídas máscaras dos instrumentos para a digitação desses dados, utilizando o programa EPI Info, versão 3.5.4, de 2012. As respostas do PCATool são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, que vai de 1 a 4 para cada atributo²⁶. As respostas para as questões do PCATool são: 'com certeza, sim' (valor=4), 'provavelmente,

sim' (valor=3), 'provavelmente, não' (valor=2), 'com certeza, não' (valor=1), além da opção 'não sei/não lembro' (valor=9).

Para cada atributo foi criado um escore, utilizando a média aritmética das respostas aos itens que constituem cada componente por atributo. Foram, então, realizadas padronizações dos escores de qualidade, para que todos ficassem em uma mesma escala, podendo variar de 0 a 10. Em seguida, foram analisadas as variáveis, a partir dos escores médios e padronizados. Os escores com valores iguais ou acima de 6,6 evidenciaram forte orientação à APS, por representarem, na escala Likert, o valor 3, que indica a resposta 'provavelmente, sim'²⁷.

Utilizou-se o *Software* Estatístico R, versão 3.3.2, na análise estatística. As diferenças de médias foram avaliadas utilizando Anova, seguido do *post hoc* teste de Tukey. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

Utilizaram-se tabelas para a apresentação das variáveis mensuradas, incluindo o uso de média. As variáveis com respostas 'provavelmente, sim' e 'com certeza, sim' foram consideradas 'sim'. O mesmo ocorreu para 'provavelmente, não' e 'com certeza, não', consideradas 'não'.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IAM – Fiocruz Pernambuco, sob parecer nº 1.615590, sendo produto do projeto: 'Atenção aos pacientes com DM no Programa Mais Médicos: o caso de Goiana (PE)', financiado pelo IAM, em convênio com a Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe), e fruto de tese de doutorado do Programa de Saúde Pública do IAM.

Resultados e discussão

A maioria dos usuários era do sexo feminino (71,2%), de cor parda (55,9%), idade entre 30-59 anos (42,2%), com renda de um salário mínimo (50,8%) e residente em moradias sem ligação com a rede pública de esgotamento sanitário (77,3%). Quanto à escolaridade referida, 47,6% dos entrevistados tinham apenas o ensino fundamental incompleto, seguidos de 33,18% de analfabetos. Com relação ao diabetes, apenas 39,8% referiram tempo de diagnóstico menor que cinco anos. A existência de complicações foi relatada por 9,6% dos entrevistados (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil dos usuários com diabetes acompanhados nas unidades participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017

Características		n (%)
Pessoais		
Sexo	Masculino	126 (28,8)
	Feminino	311 (71,2)
	Total	437 (100)
Raça/cor	Branco	113 (26)
	Pardo	243 (55,9)
	Negro	79 (18,2)
	Total	435 (100)
Faixa etária	<30	2 (0,5)
	30-59	183 (42,2)
	60-64	73 (16,8)

Tabela 1. (cont.)

Características		n (%)
	65+	176 (40,6)
	Total	434 (100)
Escolaridade	Sem escolaridade	145 (33,2)
	Ensino fundamental incompleto	208 (47,6)
	Ensino fundamental completo	38 (8,7)
	Ensino médio completo	39 (8,9)
	Ensino superior	7 (1,6)
	Total	437 (100)
Renda	Menos de um salário mínimo	48 (11)
	Um salário mínimo	221 (50,8)
	Mais de um salário mínimo	102 (23,5)
	Sem renda	64 (14,7)
	Total	435 (100)
Condições sanitárias		
Água encanada	Não	204 (46,7)
	Sim	194 (44,4)
	Às vezes	39 (8,9)
	Total	437 (100)
Esgotamento sanitário	Sim	95 (21,7)
	Não	338 (77,4)
	Não sei	4 (0,9)
	Total	437 (100)
Histórico do DM		
Tempo de diagnóstico	<5 anos	127 (39,8)
	5-10 anos	98 (30,7)
	11 e mais	94 (29,5)
	Total	319 (100)
Complicações	Sim	42 (9,6)
	Não	395 (90,4)
	Total	437 (100)

Fonte: Elaboração própria.

Os achados corroboram estudos sobre DM, que revelam maior prevalência entre mulheres, idosos e pessoas com menor nível de escolaridade. Demonstra-se, ainda, na literatura, alta frequência da doença em pessoas com sobrepeso/obesidade e sedentárias. Como principais comorbidades, estão, além da hipertensão arterial, sintomas depressivos, glaucoma e retinopatia diabética^{28,29}.

No Brasil, desde 2006, a frequência de indivíduos com diagnóstico médico de diabetes aumentou, em média, 0,24% ao ano²⁹. A determinação social da doença³⁰ fica evidente, na presente pesquisa, quando se demonstram os resultados para cor/raça,

nível de escolaridade e renda familiar da maioria da população estudada.

A *tabela 2* apresenta os escores médios dos atributos da APS. Para os usuários, o escore geral, que inclui atributos essenciais e derivativos, apresentou valor médio 4,8, abaixo do escore essencial, que foi 5,1, com diferença estatística significativa (valor de $p=0,0007$). Os escores foram inferiores ao valor de referência e ao valor encontrado no País, que foi de 6,8 (escore geral) após a implantação do PMM^{II}. Resultados díspares para os escores geral e essencial foram encontrados a partir das entrevistas com os profissionais: 7,8 e 7,3, respectivamente (*tabela 2*).

Tabela 2. Escores médios dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, Pernambuco, 2017

Atributos da APS		Usuários			Profissionais		
		n	Média (0-10)	p-valor	n	Média (0-10)	p-valor
Essenciais	Acesso (utilização dos serviços)*	437	8,5	<0,0001	41	*	<0,0001
	Acesso (acessibilidade)		3,6			3,9	
	Longitudinalidade		6,8			8,2	
	Coordenação (integração do cuidado)	147	6,0			7,5	
	Coordenação (sistema de informação)	433	7,6			9,2	
	Integralidade (serviços disponíveis)	437	4,1			7,0	
	Integralidade (serviços prestados)		3,8			8,2	
Derivativos	Orientação familiar		4,6			9,4	
	Orientação comunitária		2,9			9,4	
Escore geral		437	4,8	0,0007	41	7,8	0,0007
Escore essencial			5,1			7,3	

Fonte: Elaboração própria.

*O atributo acesso (utilização de serviços) só é encontrado no instrumento do usuário.

Quando estudados isoladamente, a maioria dos atributos mostrou-se desfavorável para os usuários. Já para os profissionais, os resultados estiveram acima do valor de referência para sete dos oito atributos avaliados: coordenação: sistemas de informação (9,2), orientação familiar e comunitária (ambas com escore

9,4), integralidade: serviços prestados (8,2), longitudinalidade (8,2), coordenação: integração (7,5) e integralidade: serviços disponíveis (7,0) (*tabela 2*).

Diante dessa disparidade, deve-se analisar com mais cautela os resultados dos usuários, pois são o alvo da atenção e sua opinião deve

ser priorizada. Contudo, há que se considerar que o PMM tem a função de expandir a ESF, que tem apresentado melhores resultados quando comparada aos serviços tradicionais²⁰.

A descontinuidade dos contratos dos médicos e a rotatividade dos gestores municipais – Goiana (PE) teve três secretários de saúde e três diferentes coordenadores da Atenção Básica (AB) durante a pesquisa – podem também ter influenciado a qualidade dos serviços aferida pelos usuários.

A partir da análise da *tabela 2*, observa-se que o atributo acesso (utilização dos serviços) obteve o melhor desempenho, segundo os usuários, com média de 8,5, sugerindo que a localização próxima aos domicílios das pessoas e a presença mais regular dos profissionais (a média de atuação nas equipes do município é de 27 meses para enfermeiros e 21 meses para médicos) têm favorecido a procura das unidades para consultas de rotina e a busca de assistência para novos problemas de saúde. Este resultado confirma outros estudos sobre o componente do acesso na literatura^{31,32}. Em

Goiana (PE), a chegada do Programa parece ter influenciado a ‘performance’ deste atributo.

A acessibilidade obteve uma avaliação negativa, segundo usuários e profissionais (*tabela 2*). Entretanto, mesmo diante do baixo escore atribuído a este componente do acesso que retrata a dimensão estrutura²³, os resultados favoráveis encontrados na utilização dos serviços (dimensão processo) demonstram que, a despeito dos problemas estruturais, os usuários buscam e reconhecem estes serviços como a primeira fonte de atenção à saúde³⁴.

A insuficiente acessibilidade foi determinante para os baixos valores dos escores geral e essencial dos serviços, segundo os usuários. A qualidade deste atributo também vem se apresentando insuficiente em outras pesquisas^{24,31,32}, sendo necessário investir na ampliação do horário de funcionamento, garantia de atendimento às urgências e possibilidade de comunicação dos usuários com a equipe através do telefone para orientações e esclarecimentos de dúvidas, conforme se observa nos resultados da *tabela 3*.

Tabela 3. Distribuição das variáveis mais influentes para os escores do acesso (acessibilidade) e da coordenação do cuidado (integração), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)	
Usuários									
Acessibilidade	Abertura no final de semana	437	4	0,9	415	95	18	4,1	
	Abertura à noite		10	2,3	392	89,7	35	8	
	Aconselhamento por telefone com UBS* aberta		48	11	306	70	83	19	
	Aconselhamento por telefone com UBS* fechada		15	3,4	359	82,2	63	14,4	
	Atendimento de urgência, durante a noite		0	0	418	95,7	19	3,9	
	Atendimento de urgência no final de semana		436	2	0,5	416	95,4	18	4,1
	Espera mais de 30 minutos		433	331	76,5	99	22,9	3	0,7
Profissionais									
Acessibilidade	Abertura no final de semana	41	3	7,3	37	90,2	1	2,4	
	Abertura à noite		6	14,6	35	85,4	0	-	
	Aconselhamento por telefone com UBS* aberta		15	36,6	26	63,4	0	-	
	Aconselhamento por telefone com UBS* fechada		14	34,1	27	65,9	0	-	
	Urgência com serviço fechado		6	14,6	35	85,4	0	-	
	Urgência durante a noite		7	16,7	34	83,3	0	-	

Tabela 3. (cont.)

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Coordenação integração	Consulta com especialista	437	146	33,4	289	66,1	2	0,5
	Encaminhamento ao especialista pela equipe	146	116	79,5	30	20,5	0	-
	Orientação da equipe sobre serviços especializados	144	52	36,1	92	63,9	0	-
	Auxílio da equipe para marcação de serviço especializado	146	72	49,3	74	50,7	0	-
Profissionais								
Coordenação integração	Contrarreferência	41	1	2,4	40	97,6	0	-

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

*UBS: Unidades Básicas de Saúde.

Estudo que avaliou a qualidade da APS no Brasil e sua associação com o PMM demonstra que o provimento emergencial de médicos do Programa associou-se a um pequeno aumento no escore de acesso (somados os componentes de estrutura e processo) obtido com o PCATool-Brasil, sobretudo em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, como a Nordeste¹¹.

Em consonância com outros estudos²⁴, a longitudinalidade apresentou alto nível de qualidade, com escores 6,8 e 8,2, respectivamente, para usuários e profissionais (tabela 2).

Para as doenças crônicas, esse atributo, em conjunto com a coordenação, é essencial, pois revela que está havendo uma continuidade do cuidado pela mesma equipe, sobretudo pelo médico²⁰. Este parece ser um dos grandes potenciais do PMM, sobretudo em municípios que antes não conseguiam manter médicos, como é o caso de Goiana (PE). No Brasil, foi identificado alto escore de longitudinalidade (7,7) após a implantação do Programa¹¹.

Esse atributo tem grande potencial para impactar nos gastos com a saúde pública, uma vez que, quanto maior a sua extensão na APS, mais precisão diagnóstica e terapêutica, mais controle glicêmico, menos encaminhamentos desnecessários, menos aparecimentos de complicações e menos gastos com procedimentos de maior complexidade³³.

Os contratos com duração de três anos, com possíveis renovações por iguais períodos, têm possibilitado o atendimento contínuo a tais usuários durante esse tempo, aliados à garantia de pagamento através do governo federal, o que torna a permanência dos profissionais menos dependente dos recursos do município.

Contudo, entende-se que essa não é a situação ideal. É muito pouco para a população, que tem a saúde como direito, contentar-se com uma assistência que tem hora para acabar. O PMM tem caráter provisório, depende de renovação desses contratos e este é um limite real do Programa. Os contratos de trabalho precários e a remuneração através de bolsas, sem a garantia dos direitos trabalhistas, também são apontados como entraves¹².

De qualquer forma, enquanto os problemas estruturais não forem solucionados, como, por exemplo, por meio da carreira SUS, o PMM parece estar desempenhando uma de suas funções, que é levar atenção à saúde para onde há desassistência. Os resultados do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (avaliação externa entre 2017 e 2018) demonstram que, das 22 ESF do município de Goiana (PE), a maioria foi considerada boa (11 ESF) ou muito boa (9 ESF)³⁴.

Com escores 7,6 e 9,2, a coordenação (sistema de informações) apresentou alta 'performance', segundo usuários e profissionais, confirmando os achados de outros estudos que usaram o mesmo instrumento³². Já a coordenação (integração dos cuidados) mostrou qualidade insatisfatória para os usuários (6,0) e, mesmo para os profissionais que atribuíram um alto escore a esse atributo (7,5), a contrarreferência é apontada como um problema que ainda precisa ser enfrentado no município (tabelas 2 e 3).

Ainda para a coordenação (integração de cuidados), é importante destacar que apenas 33,4% dos usuários entrevistados relataram encaminhamentos para especialistas e, desses, 70,4% foram encaminhados pela equipe do PMM do município (tabela 3).

Para subsidiar tecnicamente os profissionais da APS no País, há uma série de normas e procedimentos editados, principalmente por entidades médicas e pelo Ministério da Saúde (MS). Essas diretrizes incluem o rastreamento de usuários com alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária), além daqueles que têm diabetes, mas desconhecem (prevenção secundária). Para os usuários já com diagnóstico estabelecido, prevenir as complicações e controlar as já instaladas deve ser rotina no processo de trabalho das equipes da APS no País³⁵.

A APS deve ser capaz de tratar 80% dos casos, contudo, por recomendação do MS, o médico deve encaminhar à unidade de referência secundária os usuários com dificuldade de controle metabólico, após frustradas as tentativas de obtenção de controle pela equipe local, além dos casos de diabetes gestacional, gestantes com diabetes e os usuários que necessitam de uma consulta especializada com cardiologista, oftalmologista, endocrinologista, nefrologista ou outra especialidade que se faça necessária³⁶.

O acesso a consultas especializadas precisa ser ampliado no município. Há uma policlínica que, no final de 2018, contava apenas com uma especialidade demandada

comumente pelos usuários com diabetes (cardiologia), além de duas unidades mistas na zona rural. Goiana (PE) passou a ser sede da XII Região de Saúde (RS) em 2011⁵. Com isso, o hospital de média complexidade, que antes era municipal, passou a ser regional, sob gestão estadual, e a atender também os outros dez municípios que compõem a RS, sem que houvesse a ampliação de consultas especializadas na rede própria, não havendo compra de consultas à rede privada, apenas exames laboratoriais. Há que se destacar que esse hospital passou por reforma durante o estudo, o que dificultou ainda mais o acesso a esse serviço.

Existe uma central de regulação que utiliza o sistema estadual, então, por dificuldade de especialistas na rede municipal, o usuário acaba entrando na fila para atendimento, o que pode ocorrer no próprio município ou na capital do estado.

As centrais de marcação, mesmo sendo necessárias para ordenar o fluxo, identificar o real tamanho das filas de espera, monitorar e melhorar o planejamento, sobretudo de âmbito municipal, são insuficientes para garantir a acessibilidade e continuidade do cuidado. Há necessidade de arranjos regionais sólidos que expressem o trabalho articulado entre os três entes federados na perspectiva de promover uma atenção integral¹². O PMM também não tem como propósito interferir na baixa capacidade do exercício da regulação e coordenação dos médicos e equipes sobre o sistema de saúde¹².

Quanto à integralidade (serviços disponíveis), o escore 4,1 atribuído pelos usuários pode ser explicado pela dificuldade na obtenção de informações sobre programas assistenciais, como o programa de suplementação alimentar, além de realização de suturas, colocação de talas, remoção de verrugas e unha encravada, e identificação de problemas visuais e auditivos. Muitos não souberam informar sobre a disponibilidade dos serviços de orientação sobre drogas, saúde mental e aconselhamento, e teste anti-HIV (tabelas 2 e 4).

Tabela 4. Distribuição das variáveis mais influentes para o escore da integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), segundo usuários com diabetes e profissionais das equipes Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)
Usuários								
Integralidade serviços disponíveis	Aconselhamento sobre mudanças no envelhecimento	436	112	25,7	237	54,4	87	20
	Informações sobre programas assistenciais	437	65	14,9	288	66	84	19,2
	Informações sobre programa de suplementação alimentar		16	3,7	305	69,8	116	26,5
	Aconselhamento/tratamento drogas		77	17,6	120	27,5	240	54,9
	Aconselhamento/saúde mental		94	21,5	121	27,7	222	50,8
	Sutura		77	17,6	235	53,8	125	28,6
	Aconselhamento e teste anti-HIV		131	30	75	17,2	231	52,9
	Identificação de problemas auditivos		67	15,3	238	54,5	238	30,2
	Identificação de problemas visuais		73	16,7	241	55,2	123	28,2
	Colocação de tala		26	6	314	71,9	97	22,2
	Remoção de verrugas		14	3,2	268	61,3	155	35,5
	Aconselhamento sobre como parar de fumar		118	22,7	99	27	220	50,3
	Remoção de unha encravada		32	7,4	223	51,3	180	41,4
Orientações sobre doação de órgãos em caso de coma	435	60	13,7	193	44,2	184	42,1	
Profissionais								
Integralidade serviços disponíveis	Sutura	41	8	19,5	33	80,5	0	-
	Colocação de tala		4	9,8	37	90,2	0	-
	Remoção de verrugas		2	4,9	39	95,1	0	-
	Remoção de unha encravada		6	14,6	35	85,4	0	-
Usuários								
Integralidade serviços prestados orientações sobre	Segurança no lar	437	192	43,9	222	50,8	23	5,3
	Maneiras de lidar com conflitos de família		45	10,3	349	79,9	43	9,8
	Possíveis exposições a substâncias perigosas		69	15,8	325	74,4	43	9,8
	Guarda de arma de fogo em casa, se houver		2	0,5	415	95	2	5
	Prevenção de queimaduras		89	20,4	323	73,9	25	5,7
	Prevenção de quedas		132	30,2	283	64,8	22	5
	Prevenção para osteoporose (só para mulheres)	321	98	30,5	213	66,4	10	3,1
	Menstruação ou menopausa (só para mulheres)		77	24	228	71	16	5
Uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	437	11	2,5	380	87	43	10,5	
Profissionais								
Integralidade serviços prestados orientações sobre	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança e cadeirinha para criança	41	18	43,9	23	56,1	0	-
	Orientações sobre guarda de arma de fogo em casa, se houver		2	4,9	39	95,1	0	-

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

Mesmo a integralidade (serviços disponíveis) tendo apresentado bom resultado, segundo os profissionais (média de 7,0), algumas questões apontadas como insatisfatórias pelos usuários também foram indicadas pela maioria dos médicos e enfermeiros, como a indisponibilidade de serviços de sutura, colocação de tala, remoção de verrugas e de unha encravada (tabelas 2 e 4).

Já para o componente serviços prestados da integralidade, as questões mais influentes para o resultado negativo (média de 3,8), segundo os usuários, foram: segurança no lar, orientações sobre uso de cinto de segurança e cadeirinhas para crianças no carro, maneiras de lidar com conflitos em família, possíveis exposições a substâncias perigosas, guarda de arma em casa, e prevenção de quedas e queimaduras. E, especificamente para as mulheres: orientações sobre osteoporose, menstruação e menopausa.

A resposta a essas questões foi negativa para a maioria dos usuários entrevistados, sendo as questões de orientação sobre guarda de arma em casa e uso de cinto de segurança e cadeirinha para crianças negativas para a maioria não só dos usuários, mas também dos profissionais (tabelas 2 e 4).

Outra discordância entre as informações fornecidas pelos usuários e profissionais se refere à orientação familiar e comunitária. Em relação à orientação familiar, os escores para usuários e profissionais foram, respectivamente, 4,6 e 9,4; e, para a orientação comunitária, também respectivamente, 2,9 e 9,4 (tabela 3).

Para a baixa qualidade da orientação familiar, segundo os usuários, contribuíram a dificuldade de participação dos usuários no planejamento do seu tratamento e a falta de interesse da equipe pela história familiar dos pacientes (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das variáveis referentes à orientação familiar e à orientação comunitária, segundo usuários com diabetes acompanhados pelas equipes participantes do Programa Mais Médicos. Goiana, PE, 2017

Atributos	Variáveis	n	n	Sim (%)	n	Não (%)	n	Não sei (%)	
		Usuários							
Orientação familiar	Participa do planejamento do tratamento	437	133	30,4	289	66,1	15	3,4	
	Interesse da equipe sobre problemas familiares de saúde	437	212	48,5	221	50,6	4	0,9	
Orientação comunitária	Visita domiciliar	437	379	86,7	54	12,4	4	0,9	
	Conhecimento da equipe sobre problemas de saúde da comunidade	436	240	55,1	72	16,5	124	28,4	
	Opiniões e ideias da comunidade consideradas para a melhoria dos serviços de saúde	437	132	30,2	96	21,9	209	47,8	
	Pesquisas de satisfação	437	91	20,8	151	34,6	195	44,6	
	Pesquisas para identificar novos problemas de saúde	437	86	19,7	152	34,8	199	45,5	
	Estímulo à participação em conselho local de saúde	436	54	12,4	329	75,5	53	12,2	

Fonte: Elaboração própria.

Provavelmente, sim; com certeza, sim=SIM.

Provavelmente, não; com certeza, não=NÃO.

O baixo escore atribuído à orientação comunitária deve-se ao fato de muitos usuários não saberem responder a metade das questões relacionadas a este atributo (tabela 5). No

entanto, um alto percentual de usuários relatou a realização das visitas domiciliares (86,7%), aspecto importante no cuidado aos pacientes com doenças crônicas. Esses dois atributos

perpassam por quatro dos seis elementos do modelo de atenção às doenças crônicas: suporte às decisões, sistema de informações clínicas, autocuidado apoiado e recursos da comunidade. Com pessoas bem informadas e participantes do planejamento do seu tratamento, é possível desenvolver o autogerenciamento da saúde e, assim, os resultados tendem a ser positivos³⁰. Por ser pilar da ESF, esta discussão deve ser retomada em outros estudos, podendo ser utilizada a abordagem qualitativa.

Aponta-se, como limitação do estudo, a metodologia utilizada a partir do PCATool, que confere o mesmo peso a todos os atributos, sendo tal limite já apontado na literatura³². Sugerem-se pesos diferentes para os casos estudados, como aqueles envolvendo doenças crônicas, nos quais as questões mais relevantes recebem maiores pesos.

Aliadas à discussão anterior, algumas questões dos instrumentos merecem revisão ou adaptação à realidade, como é o caso da questão: aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro, que foi decisiva para o baixo escore do atributo integralidade (serviços prestados). A maioria dos usuários relatou renda de até um salário mínimo (50,8%), sendo essa questão discutível para tal realidade.

Considera-se, ainda, o delineamento do estudo sem grupos controles como um aparente limite do estudo, contudo, ressalta-se que as unidades de saúde incluídas no estudo representavam o universo de unidades da ESF em funcionamento no município e o restante da rede de AB também não permitiria outro delineamento.

Considerações finais

Os resultados sugerem que o PMM vem contribuindo para a melhoria do atendimento à população estudada, não só pelo aumento da cobertura, mas também pelos altos escores de qualidade apresentados por importantes atributos para as doenças crônicas. O atributo

coordenação (sistema de informações) obteve boa avaliação, tanto para usuários quanto para profissionais. E para os usuários, o acesso (utilização) apresentou o melhor nível de qualidade entre todos os atributos avaliados, confirmando o grande potencial da ESF enquanto serviço preferencial para a população de estudo.

Contudo, o PMM, mesmo alocando médicos em locais antes desassistidos, pode perder parte do seu potencial em virtude de problemas estruturais locais. Ademais, seu caráter provisório pode interferir na qualidade quando há trocas de profissionais, mesmo que ocorram apenas após três anos.

Novos estudos podem ser realizados em um momento no qual os contratos dos médicos estejam vigentes para avaliar se os resultados se mantêm. A abordagem qualitativa também pode elucidar as questões apontadas neste estudo. Salienta-se que a pesquisa que originou o presente artigo também utilizou dados qualitativos advindos de gestores e profissionais, estando em processo de análise para futura publicação.

Recomenda-se que a gestão municipal crie condições de acesso que, necessariamente, não precisem da presença física, como via telefone, para que os profissionais tirem dúvidas e possam acompanhar à distância a situação de saúde dos usuários cadastrados. Em se tratando de doenças crônicas, isto pode favorecer o autocuidado, aliando-se ao fortalecimento dos pilares da ESF, que são a orientação familiar e comunitária, com vistas a capacitar e empoderar os usuários, além de resgatar o estímulo à participação efetiva destes sujeitos no planejamento do tratamento, inclusive, aproveitando os recursos da própria comunidade para que as metas estabelecidas sejam alcançadas.

Evidenciou-se a importância de aferir os atributos da APS para qualificar os serviços. É importante que a gestão municipal se aproprie de metodologias de avaliação da qualidade e as transforme em uma cultura no município, para que se persiga a melhoria contínua dos serviços.

Por fim, há que se ressaltar os limites do

PMM. Em se tratando de um programa, haverá sempre a possibilidade de sua descontinuidade a cada troca de governo. Além disto, em virtude da Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que congela os gastos com saúde por 20 anos, existe também um limite à própria saúde pública e à atenção primária, pois, sem novos recursos, não há como garantir acesso e continuidade dos cuidados, especialmente aos usuários com doenças crônicas que utilizam frequentemente o sistema de saúde.

Esse cenário se torna mais inquietante quando é somado às alterações da PNAB, ocorridas em 2017, que preveem diminuição do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e mudança de seu perfil de atuação, além da priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Com isto, o cuidado aos usuários com doenças crônicas tende a sofrer um retrocesso. Conceitos como acolhimento, vínculo, adscrição da clientela, territorialização, responsabilidade sanitária e trabalho em

equipe multiprofissional talvez passem a não fazer mais sentido. Assim, a ESF pode deixar de ser a porta de entrada preferencial da APS, perdendo seu potencial de coordenadora da rede de atenção.

Colaboradores

Santos MPR (0000-0002-4420-0800)*, Albuquerque MSV (0000-0002-1520-700X)* e Lyra TM (0000-0002-3600-7250)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento e para a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e para a aprovação da versão final do manuscrito. Mendes ACG (0000-0002-3381-134X)*, Silva FL (0000-0002-2191-8262)* e Diniz GTN (0000-0002-9620-2621)* contribuíram significativamente para a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Países de todo o mundo assinam Declaração de Astana, que traça caminho para alcançar cobertura universal de saúde [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2018 [acesso em 2019 jan 7]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5791:países-de-todo-o-mundo-assinam-declaracao-de-astana-que-traca-caminho-para-alcançar-cobertura-universal-de-saude&Itemid=843.
2. Etienne CF. Promoting universal health through primary health care. Rev. Panam. Salud Publica [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 7]; 42(145):1-2. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.145>.
3. Barbosa AC, Amaral PV, Francesconi GV, et al. Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018; 40(6):1-8.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 51-72.
5. Brasil. Ministério da Saúde. E-Gestor atenção básica. Informação e gestão da atenção básica. Cobertura da atenção básica. [acesso em 2018 dez 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesso-publico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
6. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, et al. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2 Set 2011. [acesso em 2020 abr 3]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html.
8. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HÁ, et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu). 2015; 19(54):623-634.
9. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA, et al. A ampliação das equipes de saúde da família e o Programa Mais Médicos nos municípios brasileiros. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro. 2017; 15(1):131-145.
10. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. Saúde Soc. São Paulo. 2018; 27(3):794-808.
11. Rech MRA, Harzheim E. Qualidade da atenção primária no Brasil e associação com o Programa Mais Médicos. Rev. Panam. Salud Publica. 2018; 42(164):1-11.
12. Campos GWS, Pereira Júnior N. A Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2655-2663.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Resultados para o país. [acesso em 2018 dez 13]. Disponível em: <http://mais-medicos.gov.br/resultados-para-o-pais>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
15. Santana JS, Guedes CAM, Villela LE. Desenvolvimento territorial sustentável e desafios postos por megaempreendimentos: o caso do município de Itaguaí-RJ. Cad. EBAPE. BR. 2011; 9(3):846-867.
16. Oliveira RS, Morais HMM, Goes PSA. Problematisando a diade saúde e desenvolvimento: o caso do polo de Suape no estado de Pernambuco. Saúde Soc. 2018; 27(1):149-162.
17. Bezerra ACV, Lyra TM, Albuquerque MSV. Diagnóstico participativo do setor saúde no município de Goiana, Pernambuco. Espaço e Geografia. 2015; 18(2): 347:366.
18. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica em Pernambuco. Saúde debate. 2014; 38(103):182-193.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
20. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, et al. Estudo comparativo entre US com e sem ESF por meio do PCATool. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2016; 11(38):1-132.
21. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Informações em Saúde. Tabnet do Estado de Pernambuco. [acesso em 2016 ago 17]. Disponível em: <http://tabnet.saude.pe.gov.br/cgi-bin/dh?tab/tabsiab/sauest.def>.
22. Charlyn E, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. Evanston. 2000; 105(4):998-1003.

23. Donabedian A. Enfoques básicos para la evaluación: estructura, proceso y resultado. In: Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación. Cidade do México. La Prensa Médica Mexicana; 1984. p. 95-157.
24. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(9):1941-1952.
25. Penso JM, Périgo E, Oliveira MMC, et al. Avaliação da atenção primária à saúde utilizando o instrumento PCATool-Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2017; 12(39):1-9.
26. Likert R, Roslow S, Murphy G. A simple and reliable method of scoring the Thurstone attitude scales. *J. Soc. Psychol.* [internet]. 2010 [acesso em 2019 jan 17]; 5(1934):228-238. Disponível em: https://brocku.ca/MeadProject/Likert/Likert_1934.
27. Harzheim E, Gonçalves MR, D'Avila OP, et al. Estudos de PCATool no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, et al. Atenção primária à saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 493-525.
28. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária em saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(1):49-56.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: MS; 2014.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [internet]. Brasília, DF: OPAS; 2012 [acesso 2019 fev 20]. 515 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.
31. Prates ML, Machado IS, Silva LS, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017; 22(6):1881-1893.
32. Vidal TB, Tesser CD, Harzheim E, et al. Avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2012: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2018; 27(4):1-10.
33. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cienc. Saúde Colet*. 2011; 16(supl1):1029-1040.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de atenção básica. Lista de Certificação do 3º ciclo do PMAQ em Goiana, Pernambuco. [acesso em 2019 fev 1]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/noticia/5434>.
35. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018) [internet]. São Paulo: Clanad; 2018. [acesso em 2019 mar 20]. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus [internet]. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2018 set 15]. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

Recebido em 08/06/2019

Aprovado em 07/02/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Instituto Aggeu Magalhães (IAM), Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco (Fiocruz-PE)