

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros  
sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto:  
comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre  
Novembro de 2009

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros  
sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto:  
comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre  
Novembro de 2009

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Profa. Dra. Jandyra Maria Guimarães Fachel, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Ligia Giovanella, Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

## **DEDICATÓRIA**

Para Martha, pela vida compartilhada.

Para Eleonora e Alberto, por tudo.

Para Fabio, pela amizade e apoio.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, pela excelência dos cursos oferecidos em uma Universidade Pública, e a todos os seus professores, por todo o aprendizado.

Aos meus colegas de mestrado, pelas trocas permanentes.

Ao Departamento de Medicina Social, principalmente ao Setor de Atenção Primária à Saúde e seus professores, pela importância nessa trajetória.

E por falar em trajetória, à Unidade Coinma, unidade em que aprendi a ser Médico de Família e Comunidade.

E à equipe da Unidade Jardim Itu, unidade em que continuo aprendendo a ser Médico de Família e Comunidade, por todo o apoio e compreensão em todos os momentos, incluindo os mais turbulentos.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, por possibilitar a formação acadêmica dos profissionais, oferecendo suporte institucional.

Às instituições participantes, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, o Centro Saúde Escola Murialdo e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, e a todos os seus profissionais de saúde, por toda a colaboração.

Às agências financiadoras, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs), por terem tornado o projeto possível.

Ao Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (GP.APS), pela oportunidade de fazer parte, de aprender, de trocar ideias, de desenvolver crítica, de pensar a Atenção Primária à Saúde.

À Lisiane Hauser, por todo o interesse, empenho e contribuição fundamental nas análises estatísticas.

Aos meus colegas coordenadores de campo, Carlo R. H. da Cunha, Luciane Silva, Marcelo R. Gonçalves, Maria Eugênia B. Pinto, Mônica M. C. de Oliveira e Thiago G. da Trindade, por tudo o que vivemos nesse projeto.

Às entrevistadoras Ana Cláudia M. M. Tomasi, Carla Berger, Elaine S. Fortini, Lígia C. Trevisan, Raquel F. Paixão e Thaíssa O. Haas, por todo o trabalho e dedicação.

Por fim, aos meus orientadores, Daniela R. Knauth e Erno Harzheim, por terem me auxiliado a percorrer os melhores caminhos. Por tudo o que aprendi com vocês. Pelo convívio e amizade. Pela disponibilidade. Além disso, pelo exemplo profissional e humano.

## RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é definida através dos seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), sendo qualificada pela presença dos atributos derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). No Brasil, a estratégia adotada para a expansão da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A rede pública de APS de Porto Alegre, entretanto, inclui serviços anteriores à ESF: as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. Considerando que a APS é a porta de entrada obrigatória para o sistema, observa-se a enorme responsabilidade que esses serviços possuem em relação à atenção à saúde da população. Nesse contexto, também cresce a necessidade de avaliá-los. O objetivo deste estudo é comparar a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de APS de Porto Alegre. Este é um estudo transversal cuja população de pesquisa é constituída por todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde amostradas. Foram selecionadas aleatoriamente 50% das UBS e das unidades da ESF de cada Gerência Distrital do município. No CSEM e SSC, todas as unidades foram selecionadas. Foram incluídos os profissionais que atendiam adultos e que cumpriam carga-horária mínima de 20 horas semanais, sendo excluídos os profissionais que necessitavam obrigatoriamente de encaminhamento para atender. A percepção dos profissionais sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto foi medida através do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão *facility/provider survey*, que produz escores para cada atributo e também escores essencial e geral. As entrevistas foram realizadas por entrevistadores treinados. Na análise estatística, foram consideradas as características da amostra, tendo sido adotado o nível de significância de 5%. Foram realizadas 340 entrevistas, observando-se 29 perdas (7,9% da amostra). Os escores essencial e geral atribuídos à ESF, ao CSEM e ao SSC são significativamente maiores do que os escores atribuídos à UBS. O SSC apresenta também escores essencial e geral significativamente maiores do que os atribuídos à ESF e ao CSEM. No que se refere a esses escores, não houve diferença significativa entre ESF e CSEM. No modelo multivariável, pode-se verificar que apenas as variáveis “especialidade na área de APS”, “oferta de educação continuada” e “carga horária semanal no serviço de saúde” associaram-se com o aumento da prevalência de alto escore geral atribuído pelos profissionais aos serviços. SSC e CSEM apresentam os maiores escores essencial e geral, ambos os serviços são pioneiros no país e centros formadores de recursos humanos para APS. A UBS, em comparação com os três serviços, mostrou, com exceção do atributo coordenação do cuidado, os menores escores em todos os atributos. A ESF, em comparação com UBS, apresenta maiores escores em todos os atributos, com diferença significativa encontrada, assim como evidenciado em outros estudos, nos escores acesso de primeiro contato, integralidade e orientação comunitária. É importante observar também que os serviços possuem, na percepção dos profissionais, atributos que precisam ser melhorados. O acesso de primeiro contato, por exemplo, foi o atributo que obteve o pior escore na avaliação em todos os serviços, de maneira que qualificar essa função da APS deve ser uma prioridade. Por fim, este estudo mostra que, na percepção dos médicos e enfermeiros, a qualidade da atenção à saúde do adulto é diferente entre os serviços de APS de Porto Alegre. De acordo com a percepção dos profissionais, a UBS, serviço responsável pela cobertura de mais da metade da população do município, apresenta o menor grau de orientação à APS. Dessa forma, a ampliação da ESF juntamente com o investimento na formação profissional especializada em APS e a instituição de um programa de educação

continuada, de qualidade, que alcance todos os profissionais, são estratégias para qualificar a APS em Porto Alegre.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Percepção.

## ABSTRACT

Primary health care (PHC) is defined by its essential attributes (first-contact access, longitudinality, integrality and coordination), and is qualified by the presence of the derivative attributes (family guidance, community guidance and cultural competence). In Brazil, the strategy adopted for the expansion of PHC is the Family Health Strategy (FHS). The public PHC network of Porto Alegre, however, includes services that existed prior to FHS: the traditional Basic Health Units (BHU), the Centro Saúde Escola Murialdo (Escola Murialdo Health Center) (CSEM) and the Community Health Service (CHS) of the Grupo Hospitalar Conceição. When we consider that PHC is the mandatory entrance door into the system, we notice the enormous responsibility that these services bring along regarding the attention to the health of the population. In this context, the need for assessment also increases. The goal of this study is to compare the perception of the medical professionals and nurses of the quality of the attention to the health of adults among the PHC services of Porto Alegre. This is a transversal study, whose research population consists of all medical professionals and nurses of the sampled health units. 50% of the BHU and of the FHS units of each District Management of the municipality were randomly selected. At the CSEM and the CHS, all units were selected. The professionals involved in service to adults and those with a minimum work load of 20 hours per week were included, and those professionals that needed mandatory referencing for service were excluded. The perception of the professionals on the quality of the attention to the health of adults was measured with the instrument called Primary Care Assessment Tool (PCATool), facility/provider survey version, which produces scores for each attribute and also essential and general scores. The interviews were conducted by trained interviewers. The characteristics of the samples were considered in the statistical analysis, and the significance level of 5% was adopted. 340 interviews were conducted, with the occurrence of 29 losses (7.9% of the sample). The essential and general scores credited to FHS, CSEM and CHS are significantly higher than the scores credited to BHU. CHS also shows essential and general scores significantly higher than those credited to FHS and CSEM. With respect to these scores, there was no significant difference between FHS and CSEM. In the multivariable model, we can verify that only the variables "specialty in the PHC area", "offer for continued education" and "weekly work load in the health service" have been associated to the increase of the prevalence of high general scores credited by the professionals to the services. CHS and CSEM show the highest essential and general scores, and both services are pioneers in the country and are human resource formation centers for PHC. In comparison to the three services, BHU has shown the lowest scores in all attributes, with the exception of the care coordination attribute. In comparison with BHU, FHS shows the highest scores in all attributes, with a significant difference having been found in the scores first-contact access, integrality and community orientation, as also evidenced in other studies. It is also important to note that, in the perception of the professionals, the services have attributes that need to be improved. First-contact access, for example, was the attribute that obtained the worst score in the assessment of all services, so that the qualification of this function of PHC must become a priority. Finally, this study shows that, in the perception of physicians and nurses, the quality of attention to the health of adults is different among the PHC services of Porto Alegre. According to the perception of the professionals, BHU, the service responsible for the coverage of more than half the population of the municipality, shows the lowest degree of orientation to PHC. Hence, the amplification of the FHS, along with an investment in the professional formation specialized in PHC and the institution of a high-quality continued



education program, available to all professionals, are strategies to qualify PHC in Porto Alegre.

**Key words:** Primary Health Care. Health Service Assessment. Quality of Health Care. Perception.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CSEM – Centro Saúde Escola Murialdo

DAB – Departamento de Atenção Básica

DM – Diabetes Mellitus

DP – Desvio Padrão

ELB – Estudos de Linha de Base do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAMED – Faculdade de Medicina

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

GP.APS – Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

IAB – Índice de Atenção Básica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalos de confiança

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MFC – Medicina de Família e Comunidade

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPS – Organização Panamericana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool – *Primary Care Assessment Tool*

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

Proesf – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RP – Razão de Prevalência

SAS – *Statistical Analysis Software*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

STATA – *Data Analysis and Statistical Software*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidades Básicas de Saúde tradicionais

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

Unicef – Fundo das Nações Unidas para Infância

USP – Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
<b>1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS): CONCEITO, PRÁTICA E EVIDÊNCIAS INTERNACIONAIS .....</b>	<b>21</b>
1.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO .....	21
1.2 A APS: CONCEITO OPERACIONAL .....	23
1.3 ATRIBUTOS DA APS .....	23
1.4 A PRÁTICA DE APS .....	25
1.5 EVIDÊNCIAS DA EFETIVIDADE DA APS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO E SOBRE O ALCANCE DA EQUIDADE .....	26
<b>2 A APS NO BRASIL: O IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....</b>	<b>30</b>
2.1 A APS NO CONTEXTO DO SUS .....	30
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) .....	31
2.3 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA ESF NO BRASIL .....	33
2.4 ESTUDOS AVALIATIVOS DA ESF .....	35
<b>3 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS .....</b>	<b>39</b>
3.1 A MEDIDA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO .....	39
3.2 INSTRUMENTO PARA A MEDIDA DA QUALIDADE DA APS .....	42
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	43
<b>4 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO .....</b>	<b>46</b>
4.1 ESTUDOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS .....	46
4.2 ESTUDOS REALIZADOS EM PORTO ALEGRE .....	52
<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>54</b>
OBJETIVO GERAL .....	54
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	54
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>63</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>92</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 1 – Projeto de Pesquisa .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 2 – Aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo 3 – Questionário aplicado aos profissionais dos serviços de saúde, incluindo o <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCATool), versão adaptada e traduzida .....</b>	<b>122</b>
<b>Anexo 4 – Diferenças entre os serviços de APS de Porto Alegre .....</b>	<b>142</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil dos profissionais médicos e enfermeiros por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre .....	82
<b>Tabela 2</b> – Comparação dos escores dos atributos da APS, atribuídos pelos profissionais médicos e enfermeiros, entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre .....	83
<b>Tabela 3</b> – Proporção de profissionais médicos e enfermeiros que atribuíram baixo e alto escore, essencial e geral, por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre .....	84
<b>Tabela 4</b> – Variáveis associadas ao alto escore geral da atenção primária atribuído pelos profissionais médicos e enfermeiros à atenção à saúde do adulto .....	85
<b>Tabela 5</b> – Proporção de profissionais médicos e enfermeiros satisfeitos com o trabalho e com a abordagem realizada aos pacientes por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre .....	86

## **APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 06 de novembro de 2009. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

- 1 Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
- 2 Artigo
- 3 Considerações Finais

Documentos de apoio, incluindo o projeto de pesquisa, os pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas no estudo, o instrumento aplicado aos profissionais, e, por último, informações adicionais sobre os serviços avaliados são apresentados em anexo.

## INTRODUÇÃO

Os primeiros serviços que se organizaram através dos conceitos e práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 e, inclusive, a Conferência de Cuidados Primários de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), na cidade de Alma Ata, em 1978. Os serviços pioneiros, criados em 1976, foram: o Projeto do Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM), em Porto Alegre, o Projeto Vitória da Universidade Federal de Pernambuco, em Vitória de Santo Antão/Pernambuco, e o Projeto do Serviço de Medicina Integral da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro (FALK, 2004). A partir de então, foram surgindo, no país, muitas experiências em APS, destacando-se o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, em 1980.

Somente no início da década de 90, seis anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, em 2009, portanto, está completando 15 anos. Nesse período, a ESF consolidou-se como a estratégia de expansão da APS no Brasil e da reorientação do SUS, com impacto importante sobre o acesso, a efetividade do sistema e a promoção da equidade, conforme será visto na segunda parte da revisão da literatura desta dissertação. No entanto, na maioria dos municípios brasileiros, incluindo a cidade de Porto Alegre, a rede de APS é composta não somente pela ESF, mas também pelos serviços anteriormente criados.

A cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, possuía, em 2007 (período do trabalho de campo do presente estudo), uma população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1.420.667 habitantes (IBGE, 2009). A rede pública de APS de Porto Alegre era composta por (HARZHEIM et al., 2006): 51 Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), 82 equipes da ESF (equivalentes a 62 unidades de ESF), 7 equipes do CSEM e 12 equipes do SSC.

A UBS e a ESF são serviços municipais. A UBS possui diferentes origens gerenciais, sendo algumas provenientes do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e outras do governo estadual ou municipal. Desde 1996, ano em que iniciou o processo de municipalização da saúde em Porto Alegre, está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, integrando-se nas políticas e programas do município (HARZHEIM et al., 2006). A ESF iniciou, em Porto Alegre, em 1996, com a



implantação de 23 equipes. Com o objetivo de promover a equidade, a implantação foi priorizada em algumas áreas, por exemplo, as áreas com indicadores socioeconômicos e epidemiológicos desfavoráveis e as áreas de assentamento recente (HARZHEIM et al., 2006). O CSEM iniciou com os Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária e Multiprofissional, sob a gerência da Secretaria Estadual de Saúde. Em 1996, a Unidade Sanitária São José do Murialdo, por sua característica de ensino, vincula-se à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, passando a chamar-se Centro de Saúde Murialdo. Reconhecido em 2000 como espaço de formação, a palavra “escola” é agregada, tornando-se Centro de Saúde Escola Murialdo. O processo de municipalização das unidades do CSEM iniciou antes do trabalho de campo do presente estudo e continua em trâmite. Desse modo, o CSEM é composto por seis unidades próprias e uma em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, localizadas na zona leste de Porto Alegre (HARZHEIM et al., 2006; FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004). O SSC é vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, integrante do GHC. O GHC é uma instituição pública federal, sua natureza jurídica é a de sociedade anônima, cujo maior acionista é o Ministério da Saúde. Esse grupo hospitalar é constituído por quatro hospitais: o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), o Hospital Cristo Redentor, o Hospital da Criança Conceição e o Hospital Fêmeina. As 12 unidades que compõem o SSC estão localizadas na zona norte de Porto Alegre. O SSC tem a sua origem na implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral, em 1980, sendo que o Serviço foi criado em 1982, através da instalação da sua primeira unidade, a Unidade do HNSC. No SSC, desenvolvem-se o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade e o Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, este último desde 2004, para profissionais das áreas de psicologia, odontologia, enfermagem e serviço social e, a partir de 2007, nas áreas de farmácia e nutrição (HARZHEIM et al., 2006; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009). No anexo 4, são apresentadas as diferenças entre os quatro serviços descritos em relação às características e à composição das equipes, ao acesso a exames complementares, atenção secundária e leito hospitalar. (HARZHEIM et al., 2006; FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

A respeito da cobertura populacional de cada serviço, podemos afirmar, de maneira aproximada, que a ESF, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), cobre 21,73% da população do município (BRASIL, 2004), enquanto o CSEM, 4%, correspondendo a 52 mil pessoas (FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004), o SSC, 9%, correspondendo a 120 mil pessoas (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009) e a UBS, aproximadamente, 65%

da população de Porto Alegre. Considerando ainda que a APS em Porto Alegre, assim como no Sistema de Saúde Brasileiro, é a porta de entrada obrigatória para o sistema, recebendo o médico de APS a função de “filtro”, no idioma inglês chamada “*gatekeeper*”, ou seja, recebendo a função de “filtrar” o acesso aos serviços prestados por outros níveis de atenção (GÉRVAS, 2005; GIOVANELLA, 2006), observa-se a enorme responsabilidade que esses serviços possuem em relação à atenção à saúde da população do município. Nesse contexto, também cresce a necessidade de avaliar o impacto, o processo e os resultados alcançados. Coerente com tal desafio, o financiamento de pesquisas de avaliação e monitoramento da APS, no Brasil, foi expressivo e crescente entre os anos de 2000 a 2006, conforme mostra o estudo de Almeida e Giovanella (2008).

Takeda e Talbot (2006) colocam que a avaliação possibilita “monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas e retroalimentar equipes de saúde, gestores e comunidades”. Na visão dos autores, avaliar é “uma forma de participação da construção e aperfeiçoamento do SUS, uma oportunidade para os diferentes atores (profissionais, gestores, usuários, universidades) participarem da configuração que se quer dar ao SUS, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social”. Os autores ainda referem que a avaliação da APS significa avaliar os elementos que a constituem, as características únicas desse nível de atenção. A importância de se avaliar os serviços de saúde pode ser compreendida também mediante sua finalidade, assim como nos coloca o Grupo de Trabalho sobre Avaliação da APS de Barcelona (VILLALBÍ et al., 2003) ao afirmar que a avaliação é “um instrumento-chave para a melhora contínua da qualidade da atenção e para possibilitar que a tomada de decisões sobre os serviços seja embasada em evidência.”

Este estudo está inserido no projeto “A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre” (HARZHEIM et al., 2006), desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (GP.APS) do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). Para avaliar a qualidade da atenção sobre a saúde do adulto, o projeto referido incluiu a medida da percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores, além de resultados alcançados. O presente estudo, por sua vez, utilizou a percepção dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, a fim de comparar a qualidade da atenção sobre a saúde do adulto entre os serviços de APS de Porto Alegre. Ao utilizar a percepção dos profissionais de saúde, este estudo traz os elementos presentes na perspectiva

dos atores que efetivamente produzem a APS, buscando, a partir desse referencial, apontar as mudanças necessárias para melhorar a qualidade dos serviços.

## REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão da literatura tem como objetivo apresentar os principais conceitos, os aspectos teórico-metodológicos e as evidências acerca da avaliação de serviços de APS que embasam o artigo desta dissertação.

Divide-se em quatro partes. Na primeira parte, “APS: conceito, prática e evidências internacionais”, são apresentados o contexto histórico, o conceito utilizado neste estudo, a prática e as evidências internacionais do impacto da APS sobre os sistemas de saúde. Na segunda parte, “A APS no Brasil: o impacto da ESF”, a ESF é contextualizada no SUS, são abordados os aspectos históricos, o perfil dos profissionais e as evidências do impacto da ESF no SUS. A terceira parte, por sua vez, apresenta “Aspectos teórico-metodológicos da avaliação de serviços de APS”, nessa parte são apresentados o conceito de qualidade da atenção utilizado neste estudo, o instrumento de medida e também considerações sobre o uso da percepção dos profissionais na avaliação de serviços. Por fim, na quarta parte, “Percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade da atenção”, são abordadas as pesquisas internacionais, os estudos nacionais e os realizados em Porto Alegre sobre o uso da percepção dos profissionais de saúde, medido com o mesmo instrumento utilizado neste estudo, no processo avaliativo de serviços de APS.

# 1 APS: CONCEITO, PRÁTICA E EVIDÊNCIAS INTERNACIONAIS

## 1.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO

A introdução da APS em um projeto de Sistema de Saúde foi realizada no Reino Unido através do Relatório Dawson (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964). Tal relatório, apresentado em 1920, foi resultado de uma encomenda do Ministério da Saúde, recém criado, ao Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, estando inserido em uma política de reconstrução nacional após a Primeira Guerra Mundial. No texto, está previsto, para o Sistema de Saúde do Reino Unido, serviços regionalizados e hierarquizados, definindo três níveis principais de atenção: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e os hospitais. O referido relatório define o centro de saúde primário como uma

“instituição dotada de serviços de medicina curativa e preventiva, a cargo dos médicos gerais, junto com um eficiente serviço de enfermagem e com a ajuda de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde primários variarão em tamanho e complexidade segundo as condições locais, mas a equipe será constituída, em sua maioria, pelos médicos do distrito correspondente, mantendo os pacientes com os serviços de seus próprios médicos”.

Passados 50 anos do Relatório Dawson, a Conferência Internacional de APS produz o conceito de cuidados primários que influenciaria a organização de serviços e sistemas de saúde em todo o mundo. Na Declaração de Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), os cuidados primários de saúde foram definidos como

“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente seguras e socialmente aceitáveis, para serem acessados universalmente por indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito da autoconfiança e autodeterminação. São parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto de todo o desenvolvimento social e econômico da comunidade. São o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual são levados o mais perto possível para os lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de cuidado à saúde”.

A partir desse conceito, a Declaração de Alma Ata afirma a necessidade de uma “urgente e efetiva ação nacional e internacional para desenvolver e implementar APS pelo mundo e particularmente nos países em desenvolvimento”, colocando também que a APS era o projeto para alcançar “um aceitável nível de saúde para todas as pessoas do mundo até o ano 2000”. Esse conceito foi considerado posteriormente como “APS ampliada” (VUORI, 1984), compreendido como uma estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e a sociedade para promover saúde.

Observa-se, atualmente, que os países que constituíram, ao longo do século passado, sistemas nacionais de saúde, como Reino Unido, Espanha, Portugal, Itália, Dinamarca e também, na América, Canadá, Cuba e Brasil, apresentam também maior orientação à APS (GIOVANELLA, 2006). Embora muitos fatores econômicos, políticos e históricos estejam relacionados a essa observação, é importante destacar que, de fato, o discurso de Alma Ata esteve sempre vinculado ao de integração dos serviços locais em um sistema nacional, por sua vez sendo organizado a partir dos cuidados primários.

A Conferência Internacional de APS, portanto, influenciou a construção dos Sistemas de Saúde em vários países do mundo, tornou-se um marco e referência importante para uma série de documentos subsequentes, cabendo destacar, entre estes: a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002), produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que propôs a “reorientação do modelo de saúde”, a Carta de Lubiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), que, em 1996, após encontro da regional europeia da OMS, publicou que os sistemas de saúde precisariam ser “direcionados para a APS”, promovendo “cuidados integrais e continuados dentro das especificidades culturais”, e o documento intitulado “Renovação da APS nas Américas” da Organização Panamericana de Saúde (OPS) (2005), o qual define os valores, princípios e elementos essenciais de um Sistema de Saúde baseado na APS. Neste último documento, os valores são o direito à saúde, solidariedade e equidade, os princípios são dar resposta às necessidades de saúde, justiça social, intersetorialidade, sustentabilidade, participação e prestação de contas dos governos e, por fim, os elementos essenciais são o acesso universal, a atenção integral à família e comunidade, a ênfase na promoção e prevenção, as políticas pró-equidade e os recursos humanos apropriados. O texto ainda reafirma que cabe a cada país desenvolver sua própria estratégia para renovação da APS, de acordo com a capacidade econômica, política e histórica.

## 1.2 A APS: CONCEITO OPERACIONAL

Embora as principais funções da APS estejam presentes no conceito de cuidados primários da Declaração de Alma Ata, para fim de pesquisa avaliativa, é necessário, entretanto, utilizar uma definição que operacionalize a medida das funções. Por essa razão, neste estudo, será utilizado o conceito de Starfield (1992, 2002). Segundo a autora,

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

Starfield (2002) retoma ainda as diferenças entre o conceito de “atenção médica primária (convencional)” e “atenção primária à saúde (ampla)”. A primeira mantém o enfoque na doença, no tratamento e na atenção do episódio, é centrada no médico e com ações unicamente do setor saúde. A segunda mantém o enfoque na saúde, na promoção e prevenção e na atenção continuada e abrangente, é composta por clínicos gerais, trabalho em equipe, intersetorialidade e participação. A diferença entre os dois conceitos é importante para definir o enfoque da atenção e, a partir disso, implicar, por exemplo, sobre políticas públicas. A autora posiciona-se, colocando que utiliza o termo “atenção primária”, para denotar a “atenção médica primária (convencional) lutando para alcançar os objetivos da atenção primária à saúde”, sendo a última mais “ampla, conforme a definição de Alma Ata”.

## 1.3 ATRIBUTOS DA APS

No conceito de Starfield (1992, 2002) podemos reconhecer os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. A autora também define três atributos derivados da APS: a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

Abaixo, estão colocados os conceitos de cada um dos atributos:

- *acesso de primeiro contato*: “implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”;

- *longitudinalidade*: “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”. Exige também o vínculo entre as pessoas e os profissionais de saúde;

- *integralidade*: implica que a atenção primária “deve fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas”. A integralidade exige o reconhecimento da variedade completa de necessidades do paciente e a disponibilização dos recursos para abordá-las;

- *coordenação*: “é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”. A coordenação exige que o profissional ou serviço de APS integre e oriente o cuidado do paciente através do Sistema de Saúde;

- *orientação familiar*: “resulta quando a atenção integral considera o contexto familiar e quando a coordenação utiliza os recursos familiares”;

- *orientação comunitária*: resulta quando o “conhecimento das necessidades requer o conhecimento do contexto social”. Refere-se ao conhecimento das necessidades da comunidade e ao planejamento e avaliação conjunta de serviços;

- *competência cultural*: envolve conhecimento e atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais”.

Assim, a partir de tal conceito operacional, um serviço de APS é definido pela presença dos quatro atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da atenção primária, sendo a atenção qualificada pela presença dos atributos derivados. Os atributos podem ser medidos separadamente, sendo possível verificar, por exemplo, a presença e a extensão de cada um dos atributos em um determinado serviço de APS.

O marco teórico de Starfield representou um avanço importante no campo da pesquisa avaliativa em APS, visto que possibilitou, através da medida dos seus atributos, não só a avaliação da qualidade da atenção e do grau de orientação à APS de um serviço e, portanto, a comparação entre serviços, mas também a identificação de associações entre esses atributos e desfechos em saúde.



## 1.4 A PRÁTICA DE APS

O clássico estudo de White, Williams e Greenberg (1961) mostrou que, em uma população de 1000 pessoas, com mais de 15 anos, após um período de um mês, 750 apresentarão algum sintoma, 250 consultarão em uma unidade de APS, 5 serão encaminhadas ao nível secundário e 9, ao nível terciário, ou seja, hospitalizarão (8 em hospital geral e 1 em hospital universitário). A partir dos resultados desse estudo, podemos afirmar que a prática profissional em APS é formada na atenção às 250 pessoas que consultaram na unidade de saúde, o que inclui ser resolutiva em 236 motivos de consulta e também a coordenação do cuidado das 14 pessoas referenciadas para outros níveis de atenção. A prática em APS é formada também na abordagem do contexto familiar e comunitário das pessoas que buscam ajuda, reconhecendo as especificidades culturais. Além disso, a atenção às demais 750 pessoas está incluída nessa prática, porque tais pessoas participam em ações de promoção, prevenção e educação em saúde, em atividades de participação, avaliação e planejamento de serviços. O referido estudo foi repetido por Green et al. (2001), mostrando resultados semelhantes.

A prática profissional específica da APS forma-se, portanto, a partir da atenção às necessidades de saúde das pessoas que buscam ajuda. De uma maneira geral, podemos entender a forma como essas necessidades se apresentam e, portanto, a prática profissional necessária para atendê-las, através das seguintes características (TAKEDA, 2004):

1) embora seja ampla a variedade de problemas de saúde atendida, existem os problemas muito frequentes, responsáveis por cerca da metade de toda a demanda trazida. Em estudo realizado no nosso contexto, no Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição, em 1999, por exemplo, observou-se que os 30 problemas/diagnósticos mais frequentes eram responsáveis por 50% das consultas;

2) os problemas/diagnósticos apresentam-se em estágios iniciais, diferentemente dos níveis de atenção que recebem pacientes encaminhados;

3) é esperado que os médicos realizem mais consultas de acompanhamento do que as consultas de primeiro atendimento e, em ordem de frequência, atendam pacientes antigos com problemas antigos, pacientes antigos com problemas novos e pacientes novos com problemas novos.

Para atender às necessidades de saúde das pessoas que buscam ajuda, os profissionais de APS atuam através das seguintes atividades (TAVARES, 2004): 1) consulta ambulatorial:

o atendimento à demanda individual e familiar, podendo ser espontânea (pronto-atendimento), agendada e decorrente de ação programática; 2) visita domiciliar; 3) atendimento em grupo; 4) trabalho sobre o território; 5) trabalho em equipe; 6) atividades gerenciais e 7) ações intra e intersetoriais.

## 1.5 EVIDÊNCIAS DA EFETIVIDADE DA APS SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO E SOBRE O ALCANCE DA EQUIDADE

Em Conferência comemorativa aos 30 anos de Alma Ata, na cidade de Almaty, em 2008, reafirmou-se, em sua Declaração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008), os mesmos valores e princípios, destacando-se que “existe um corpo de conhecimentos e evidências que não existia em 1978”. O número de estudos evidenciando o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde aumentou muito a partir da década de 90. Existe, atualmente, na literatura, evidência sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde e da promoção da equidade (BIXBY, 2004; GULLIFORD, 2002; MACINKO; STARFIELD; ERINOSHO, 2009; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; MOORE et al., 2003; PARCHMAN; CULLER, 1994; RAJMIL et al., 1998; SHI, 1994, 1999, 2000, 2003, 2004, 2005; STARFIELD, 1994, 2002; STARFIELD; SHI, 2002; VILLALBI et al., 1999). Além disso, a associação com maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 1994) e maior eficiência do sistema (STARFIELD, 1994, 2002) também já foi demonstrada. No entanto, os principais estudos são do tipo ecológico, a unidade de análise é uma população, podendo ser um país, estado ou município. O potencial problema, nesses estudos, é a possibilidade de “falácia ecológica”, caracterizada pela inferência causal, no nível individual, baseada em observações no nível populacional, inadequada.

Starfield (1994) publicou um estudo comparativo entre 11 nações industrializadas ocidentais com o objetivo de analisar a associação existente entre o grau de orientação à APS dos países, os níveis de saúde de suas respectivas populações e os custos da atenção. Os resultados do estudo mostraram que, quanto maior o grau de orientação à APS de um país, melhor é a sua classificação com relação a 14 indicadores de saúde utilizados (efetividade), à satisfação dos usuários e aos gastos *per capita* (eficiência). Em outro estudo, Starfield e Shi (2002) compararam o sistema de saúde de 33 nações industrializadas, mostrando que o maior

grau de orientação à APS está associado a menores custos em saúde e que os países com fraca orientação à APS possuem piores indicadores gerais de saúde.

Macinko, Starfield e Shi (2003) realizaram um estudo para medir o impacto da APS sobre os sistemas de saúde de 18 países desenvolvidos integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, durante o período de reforma em seus respectivos sistemas, de 1970 a 1998. Nesse estudo, foi demonstrado que o maior grau de orientação à APS associou-se com menores taxas de mortalidade geral, mortalidade geral prematura e mortalidade prematura por doenças pulmonares e cardiovasculares (mortalidade prematura calculada a partir dos anos potenciais de vida perdidos).

Villalbí et al. (1999) avaliaram o impacto da APS sobre o sistema de saúde de Barcelona, entre os anos de 1984 e 1996. Nesse estudo, três zonas de Barcelona, de perfis socioeconômicos homogêneos, foram analisadas conforme o estágio da reforma do sistema local e o padrão de indicadores, como mortalidade geral e perinatal. Os resultados mostraram associação entre o maior estágio da reforma do sistema local e a diminuição da mortalidade perinatal nas três zonas, porém evidenciaram diminuição da mortalidade geral principalmente nas zonas de baixo nível socioeconômico. Os autores concluíram que a reforma no sistema de saúde pode alcançar um significativo impacto na mortalidade de populações, principalmente com níveis socioeconômicos mais baixos. Outro estudo realizado na Catalonia, Espanha, por Rajmil et al. (1998), mostrou que o maior grau de orientação à APS esteve associado ao maior uso do serviço pelas crianças com necessidades de saúde, independentemente de fatores socioeconômicos.

Também em países em desenvolvimento, a APS provoca impacto positivo nos indicadores de saúde (MOORE et al., 2003; BIXBY, 2004; MACINKO; STARFIELD; ERINOSHO, 2009). Moore et al. (2003) buscaram dados agregados para identificar fatores associados às taxas de mortalidade infantil em 22 países da América Latina e Caribe, durante a década de 90. Dos cinco fatores independentes associados com diminuição da mortalidade infantil, dois são ações dos serviços de APS: cobertura vacinal e uso de terapia de reidratação oral. Bixby (2004) teve como objetivo avaliar o impacto da APS na Costa Rica. O estudo é uma análise de séries temporais com observações anuais de 1985 a 2001, em cada um dos 420 distritos do país. As séries temporais dividiram-se em três períodos, permitindo agrupar os distritos em três categorias (grupo pioneiro, intermediário e tardio), de acordo com o momento em que iniciaram o processo de reforma do setor saúde em direção à APS. Conforme o estimado nos modelos de regressão, a adoção da reforma reduziu significativamente a mortalidade infantil em 8% e a de adultos em 2%. A porcentagem de

pessoas sem acesso equitativo aos serviços de APS, entre os anos de 1994 e 2000, reduziu 15% nas áreas que adotaram a reforma e, nas áreas que não adotaram a reforma, a redução foi de apenas 3%.

Em oito estudos citados acima (PARCHMAN; CULLER, 1994; SHI, 1994, 1999, 2000, 2003, 2004, 2005; GULLIFORD, 2002), o grau de orientação à APS foi estimado pela proporção de médicos de APS na população. A maior proporção de médicos de APS na população associou-se a indicadores como: menor taxa de hospitalização (PARCHMAN; CULLER, 1994), menor mortalidade infantil e baixo peso ao nascer (SHI, 1994, 2004), maior expectativa de vida (SHI, 1994, 1999), melhor autopercepção de saúde (SHI, 2000) e menor mortalidade geral (SHI, 1994, 1999, 2003, 2005). Embora seja este um importante indicador do grau de orientação à APS, seu uso em estudos ecológicos apresenta a limitação da possibilidade de “falácia ecológica”, uma vez que a classificação pelo nível da exposição no nível populacional pode ou não corresponder à exposição no nível individual.

Cabe destacar os dois últimos estudos de Shi e colaboradores. Em análise de série temporal de dados secundários (ecológica) (SHI, 2004), avaliou-se a extensão para a qual o médico de APS modera a associação entre desigualdades sociais e mortalidade infantil e baixo peso ao nascer, em 50 estados dos Estados Unidos, no período de 1985 a 1995. Os resultados mostraram que a maior proporção de médicos de APS, especialmente em áreas com maior desigualdade social, está relacionada a menores taxas de mortalidade infantil e baixo peso ao nascer. Esses resultados são também uma importante evidência de que a maior proporção de médicos de APS pode promover o aumento da equidade. Em outro estudo ecológico (SHI, 2005), nos mesmos estados e durante o mesmo período citado na referência anterior, mostrou-se que o aumento de 1 médico de APS por 10 mil pessoas associa-se com a redução de 14,4 mortes por 100 mil.

Starfield (2001), em artigo chamado “Novos paradigmas para a qualidade em atenção primária”, coloca que existe evidência suficiente para afirmar que regiões dentro de um mesmo país com mais médicos de APS têm populações mais saudáveis e que a maior proporção desses médicos reduz os efeitos adversos da desigualdade. Nesse artigo, assim como em toda a sua obra, Starfield considera “médicos de APS” os médicos de família e comunidade, os médicos internistas e os pediatras gerais. Assim, o mesmo conceito é observado em 7 das 8 referências que utilizam a proporção de médicos de APS como indicador, citadas anteriormente (PARCHMAN; CULLER, 1994; SHI, 1994, 1999, 2000; 2003, 2004, 2005).

Parchman e Culler (1994), no entanto, para determinar a relação entre a disponibilidade de médicos de APS e as taxas de internação por causas evitáveis, mostraram que apenas a proporção de médicos de família e comunidade por população foi significativamente associada a menores taxas de internação de adultos e crianças, quando comparada à de internistas (para internação de adultos) e à de pediatras (para internação de crianças). Da mesma forma, Shi et al. (2003) utilizaram estados nos Estados Unidos, em quatro períodos, e relacionaram a proporção de médicos com indicadores de desigualdade social e mortalidade, mostrando que, entre as especialidades de medicina de família e comunidade (MFC), medicina interna e pediatria, apenas a de MFC está relacionada à menor mortalidade por todas as causas, sobretudo em estados com maior desigualdade social. O estudo de Gulliford (2002), realizado na Inglaterra, entre as referências citadas, é o único que utiliza somente médicos de família e comunidade e mostra que o aumento da proporção desses médicos relaciona-se diretamente com menores taxas de admissão hospitalar por condições agudas e crônicas.

Apesar de o termo “médicos de APS” ser usado em muitos estudos, para se referir a médicos de família e comunidade, médicos internistas e pediatras gerais, existem evidências a favor da MFC unicamente quando comparada com as outras duas especialidades. Podemos supor, dessa forma, que pelas diferenças de conceito e prática entre as especialidades médicas, diferenças também no impacto destas no processo e nos resultados em APS, são possíveis e precisam ser melhor elucidados. Apesar de o impacto da APS sobre as populações estar bem demonstrado, principalmente, por estudos ecológicos, pesquisas cujos delineamentos utilizem unidade individual podem ser úteis para a melhor compreensão desse impacto.

## 2 A APS NO BRASIL: O IMPACTO DA ESF

### 2.1 A APS NO CONTEXTO DO SUS

O SUS pode ser entendido como resultado da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, que mobilizou a sociedade brasileira, durante a década de 80, no período de redemocratização (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). O texto constitucional foi amplamente inspirado no princípio do direito à saúde, na sua concepção ampliada e na visão abrangente e integrada das ações, produtos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) define, em seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Em 1990, a lei orgânica da saúde 8.080 (BRASIL, 1990) define as diretrizes do Sistema, a saber: universalidade, integralidade, equidade, direito à informação, descentralização, hierarquização, regionalização e participação comunitária.

É importante observar, porém, que, segundo Conill (2008), os conhecimentos acumulados com novos modos de prática e formação de recursos humanos nos serviços de saúde comunitária, durante as décadas de 1970 e 80, “não encontraram eco no movimento sanitário, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas e do direito à saúde”. Por essa razão, somente após a nova constituição, as propostas de modelos técnico-assistenciais, como o Modelo em Defesa da Vida, elaborado pelo Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), as Ações Programáticas em Saúde, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), e os Sistemas Locais de Saúde, começaram a ser debatidas e entraram em disputa no Brasil (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Nenhum desses modelos, no entanto, possuía o referencial conceitual e prático da APS em sua estrutura teórica.

Importante também é abordar o uso dos termos “atenção primária à saúde” e “atenção básica” no âmbito do SUS e da pesquisa em APS no Brasil. Como nos mostra o estudo de revisão de Gil (2006), esses termos são usados em diferentes documentos ministeriais e em diferentes artigos científicos, sem, no entanto, terem sido definidos e ainda com usos muito parecidos e, em muitas vezes, usados como sinônimos. A questão mais importante reside no fato de que alguns autores manifestam suas preocupações quanto à “atenção primária à saúde”

ser “seletiva, destinada às populações pobres”, utilizando, a partir desse entendimento, o termo “atenção básica” em uma perspectiva mais “ampla”.

Para desatar esse impasse de conceitos e termos, precisamos de dois passos. Primeiro é importante conceituar a atenção “seletiva”, a qual corresponde à intervenção pontual em nível primário, tendo como exemplos: a distribuição de soro de reidratação oral ou de mosquiteiros em áreas de epidemia de diarreia ou de malária, respectivamente. A atenção “seletiva” é a mais reduzida e, portanto, o oposto do conceito de Alma Ata, não sendo considerada “atenção primária” no conceito de Starfield, visto que, para este, como já mencionado, é necessária a presença dos quatro atributos essenciais. Segundo, precisamos reconhecer que existe, no Brasil, uma tendência a considerar o termo “atenção básica” próximo ao conceito de “atenção primária à saúde”, mais “amplo”, já consagrado em Alma Ata. A diferença entre os enfoques da atenção primária não é uma discussão, portanto, brasileira, aconteceu e acontece em todo o mundo, já tem os seus termos definidos, sem a necessidade de inventarmos a roda, confundindo os conceitos. Assim, são usados, neste estudo, os termos definidos e consagrados internacionalmente.

## 2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF surgiu como uma política nacional de saúde, apresentada, inicialmente, como um “programa”, o Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994). A implementação do PSF ocorreu para consolidar os princípios e diretrizes do SUS, para atender às necessidades de expansão do acesso, de promoção da integralidade e da equidade, de melhorar a qualidade da atenção e dos indicadores básicos, de consolidar a municipalização (descentralização) e de fortalecer a hierarquização, regionalização e a participação comunitária (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Outro fator importante que, somado ao vazio programático para a questão assistencial no SUS, exerceu influência na emergência do PSF, nesse momento, foi a experiência bem-sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em vários estados do Nordeste (CONILL, 2008).

No início, o PSF era uma proposta prioritária para áreas de risco, iniciando pelas áreas incluídas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), instituição pública cujas pesquisas embasam a construção de políticas. Esse posicionamento, porém,

sofreu críticas por ser entendido como uma ação vertical, própria da atenção “seletiva”, voltada somente para as populações pobres.

Em 1996, foi regulamentado o financiamento através da Norma Operacional Básica (NOB 01/96) (BRASIL, 1996). O documento ministerial seguinte define o “programa” como “estratégia”, ampliando o seu conceito, em 1998 (BRASIL, 1998). Nesse documento, a ESF é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da APS no país e, portanto, para a reorientação estruturante do SUS, com caráter substitutivo das práticas.

A ESF tem como objetivo a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde de indivíduos, famílias e comunidades, através de equipes de saúde, do atendimento na unidade de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. As equipes são multiprofissionais, compostas por um médico generalista ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas/famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. De acordo com Scorel et al. (2007), a ESF ao incorporar os princípios e diretrizes do SUS e se fundamentar nos atributos da APS, conforme o conceito de Starfield, busca “romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada”.

Recentemente, muitos avanços foram observados, por exemplo, a publicação do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) (BRASIL, 2002), cuja proposta era a ampliação do programa em municípios de grande porte, ou seja, com mais de 100 mil habitantes, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007), que reafirma a ESF como estratégia para APS e o seu “caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam”, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2004), que são equipes matriciais para “apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações bem como sua resolutividade”.

O investimento na ESF é crescente, assim como o número de equipes e a cobertura populacional da estratégia em todo o país, sendo que, em dezembro de 2008, já eram 29.300 equipes, acompanhando 49,5% da população brasileira (BRASIL, 2008).



### 2.3 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DA ESF NO BRASIL

Com o objetivo de traçar o perfil dos médicos e enfermeiros da ESF no Brasil, foi realizada uma pesquisa transversal, em 1999, coordenada por Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública, a partir de uma solicitação do Departamento de Atenção Básica (DAB) (MACHADO, 1999). O questionário, de caráter múltiplo, com perguntas abertas, fechadas e semi-abertas, foi enviado pelos correios e autoaplicado em todo o País. O índice de resposta de 59,5%, correspondendo a 3.131 profissionais (1.480 médicos e 1.651 enfermeiros), foi considerado satisfatório pela equipe de pesquisa.

Sobre os dados relativos à distribuição dos profissionais segundo o sexo, de acordo com os autores, o fato de 44,05% dos médicos serem do sexo feminino, considerando a medicina uma profissão predominantemente masculina, mostra que a ESF absorve mais mulheres nas suas equipes. Na enfermagem, 90,91% desses profissionais são do sexo feminino, contudo, não fugindo da caracterização peculiar dessa profissão, que é composta quase que exclusivamente de mulheres. Quanto à faixa etária, observou-se que 19,12% dos médicos e 36,58% dos enfermeiros tinham até 29 anos e, quanto ao tempo de formado, 26,8% dos médicos e 43,1% dos enfermeiros tinham até quatro anos. No que se refere à formação acadêmica dos médicos, 37,2% tinham residência e 39,5%, curso de especialização. Essa média foi considerada baixa, tendo em vista que, na época, 75% dos médicos possuíam residência. Em relação à principal área de atuação, 28,4% referiram medicina interna, 14,4% medicina de família e comunidade e 13,4% pediatria. A respeito da formação acadêmica dos enfermeiros, 35,5% tinham curso de especialização. Em relação à principal área de atuação, 21,9% referiram enfermagem em saúde pública e 11,7%, enfermagem de unidades de saúde. Esses resultados acabam por evidenciar a baixa qualificação especializada dos profissionais da ESF.

Canesqui e Spinelli (2006) realizaram estudo transversal, no Estado do Mato Grosso, através de questionário enviado por correio aos 564 profissionais médicos e enfermeiros da ESF, atuantes no estado, com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e ocupacional e também avaliar os propósitos e a implantação da ESF na percepção dos profissionais. O número de não respondentes foi considerado alto, apenas 54,3% do total de questionários foram respondidos. Entre os resultados, destaca-se 1) a tendência da feminilização do trabalho na ESF (59% eram mulheres), 2) a prevalência de contratos precários de trabalho (em 65,2% dos vínculos), 3) a rotatividade dos trabalhadores (32,8% atuaram em outras equipes), 4) os

rendimentos díspares entre as duas categorias profissionais e 5) a baixa capacitação (27% possuíam residência médica, 18%, o curso de especialização em Saúde Pública, 14,8%, o de Saúde da Família e apenas 1,6% possuía os graus de mestre e doutor). Com relação à avaliação da ESF, de uma maneira geral, médicos e enfermeiros julgaram que o programa alterou o modelo assistencial, favorecendo o controle social, a vigilância epidemiológica e a promoção à saúde.

Um dado que merece maior atenção é a alta rotatividade observada do médico na ESF. Cabe destacar o estudo de Campos e Malik (2008), realizado no município de São Paulo, para verificar a existência de correlação entre satisfação no trabalho dos médicos da ESF e rotatividade desses profissionais. O índice geral de rotatividade dos médicos da ESF, de julho de 2004 a junho de 2005, foi de 37,4%, considerado alto. Esse índice variou entre as 10 instituições parceiras hospitalares estudadas, junto com as quais, através de convênio, a Secretaria Municipal de Saúde implementa a ESF, de 14,3% a 61,1% ao ano. O grau de satisfação geral no trabalho dos médicos apresentou correlação negativa com a rotatividade (-0,46), ou seja, quanto maior a satisfação geral dos médicos, menor a rotatividade. Os médicos mostraram-se menos satisfeitos com stress (36,2%), ambiente físico (40,6%), capacitação (48,2%) e materiais (54,4%). Os fatores de satisfação relacionados à rotatividade foram os seguintes, em ordem da maior para menor correlação: 1) *prestígio da instituição parceira na área hospitalar*: quanto maior o prestígio (possuir faculdade de medicina e/ou hospital), menor a rotatividade dos médicos (o fator mais relevante na determinação da rotatividade, -0,89); 2) *capacitação*: quanto mais os profissionais se sentem capacitados para exercer suas atividades, menor a rotatividade (-0,59); 3) *tempo de locomoção para chegar ao trabalho*: quanto maior a distância da unidade de saúde do local de moradia do profissional, maior a rotatividade (0,57); 4) *material*: a falta de materiais para realização do trabalho leva a uma maior rotatividade de profissionais (-0,53); 5) *tempo de formado*: de 4 a 15 anos é fator de estabilidade dos profissionais (-0,50), mas, inversamente, quanto maior o percentual de profissionais formados de 0 a 4 anos, maior a rotatividade encontrada (0,47).

Pesquisa recente, para descrever o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da APS (médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e demais profissionais de nível médio ou superior) das regiões Sul e Nordeste do Brasil, foi realizada por Tomasi et al. (2008), vinculada aos Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (Proesf), cuja metodologia encontra-se publicada em artigo de Facchini et al. (2008). A amostra é constituída por 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, assim distribuídos: 17 do Rio Grande do Sul e 4

de Santa Catarina, 2 em Alagoas, 3 na Paraíba, 10 em Pernambuco, 2 no Piauí e 3 no Rio Grande do Norte. Foram incluídos trabalhadores da ESF e UBS, proporcionalmente ao total de unidades nos municípios. Os resultados encontrados reforçam os achados observados nos estudos anteriores. Em relação à Região Sul, 86% dos trabalhadores da ESF eram do sexo feminino, enquanto na UBS essa proporção era de 76%. Sobre a faixa etária, 36% tinham 30 anos ou menos na ESF, enquanto 22% encontravam-se nessa faixa na UBS. Na ESF, 50% dos profissionais trabalhavam há menos de 12 meses, enquanto 36% trabalhavam esse período na UBS. Entre os profissionais de nível superior, somente 35% tinham especialização na Região Sul, enquanto na Região Nordeste essa proporção era de 39%, sem diferença significativa entre as regiões. Entretanto, em ambas as regiões, os profissionais da ESF informaram possuir especialização na área em proporções que alcançaram o dobro daquela informada por profissionais do modelo tradicional.

#### 2.4 ESTUDOS AVALIATIVOS DA ESF

Da mesma forma como acontece com os estudos internacionais sobre APS, os estudos avaliativos da ESF evidenciam o seu impacto positivo sobre a efetividade e a promoção da equidade no Sistema Único de Saúde (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO et al., 2007; AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2008; BEZERRA FILHO et al., 2006; CONILL, 2002; RONCALLI; LIMA, 2006; ROCHA et al., 2008; SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006; VIANA et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; PICCINI et al., 2007; PERES et al., 2006). Porém, assim como nos estudos internacionais sobre APS, as principais pesquisas são do tipo ecológico, sujeitas às mesmas limitações, próprias desse tipo de delineamento, anteriormente descritas.

Macinko, Guanais e Souza (2006) mostraram, em estudo ecológico, com dados de 27 estados brasileiros, no período de 1990 a 2002, que o aumento em 10% na cobertura da ESF esteve relacionada à redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil. Em outro estudo, mas com dados de 1999 a 2004, Macinko et al. (2007) evidenciaram que o aumento de 10% na cobertura da ESF esteve relacionado à redução de 0,45% na taxa de mortalidade infantil, de 0,6% na taxa de mortalidade pós-neonatal e de 1% na taxa de mortalidade por diarreia, não encontrando-se, entretanto, associação entre o aumento da cobertura da ESF e a taxa de mortalidade neonatal. A diferença entre as reduções nas taxas de mortalidade infantil

encontradas nos estudos citados anteriormente pode ser resultado do impacto de outros indicadores, além do aumento da cobertura da ESF, por exemplo, o aumento do saneamento e a melhora da saúde da mulher (MACINKO et al., 2007).

Aquino, Oliveira e Barreto (2008) mostraram também associação entre o aumento da cobertura da ESF e a redução da taxa de mortalidade infantil, em municípios brasileiros, no período de 1996 a 2004. Nesse estudo, o efeito do aumento da cobertura da ESF foi maior em municípios com maior taxa de mortalidade infantil e menor índice de desenvolvimento humano, o que sugere que a ESF contribui para a promoção da equidade. Bezerra Filho et al. (2006), em estudo ecológico com enfoque na análise espacial e nos determinantes da mortalidade infantil, em 184 municípios do Ceará, no período de 2000 a 2002, encontraram a mesma associação.

Em estudo avaliativo da implantação da ESF em Florianópolis, Santa Catarina, no período de 1994 a 2000, que utilizou metodologia qualitativa, para avaliar a percepção da implantação no nível da gestão, e também quantitativa e dados secundários, para avaliar as práticas de cinco equipes, usando-se o acesso e a integralidade como categorias operativas, Conill (2002) mostrou que o grau de implantação é moderadamente adequado, há maior integralidade na atenção, mas com problemas no acesso e ainda com grande diversidade das práticas.

Outros estudos também evidenciam não só a diversidade das práticas, mas também dos resultados alcançados. A pesquisa avaliativa de Roncalli e Lima (2006), parte dos ELB, realizada em municípios da Região Nordeste com mais de 100 mil habitantes, comparando áreas cobertas com áreas não cobertas pela ESF, nesses municípios, com relação às variáveis cobertura vacinal para difteria, coqueluche e tétano em menores de 1 ano, taxa de internação por infecção respiratória aguda e diarreia em menores de 5 anos, mortalidade em menores de 1 ano e prevalência de baixo peso ao nascer, mostrou que apenas a taxa de internação por diarreia foi significativamente menor nas áreas cobertas pela ESF. Os autores consideram, entretanto, que a ausência de impacto pode ser creditada, em grande parte, à maneira como a ESF foi implantada, tendo em vista as diferenças que se observam entre os indicadores verificados em cada município isoladamente e após análise agregada.

Em outra pesquisa pertencente aos ELB, desenvolvida em 21 municípios com mais de 100 mil habitantes, em três estados do Nordeste, com o objetivo de avaliar experiências de implementação da ESF, que utilizou uma perspectiva de avaliação por triangulação de métodos e três categorias de análise (político-institucional, organização da atenção e cuidado integral), Rocha et al. (2008) verificaram grande heterogeneidade das práticas de cuidado:

avanços na integralidade da atenção em alguns municípios, experiências inovadoras singulares em outros, permanência de padrões tradicionais (biomédico, clínico) na maioria dos municípios. Segundo os autores, essa realidade mostra o estágio de desenvolvimento da ESF: situações mais consolidadas e avançadas apresentam práticas de cuidado mais integrais, articulando práticas clínicas e promocionais, enquanto nos estágios mais incipientes predominam práticas medicalizantes e clínico-tradicionais. Outras pesquisas dos ELB, realizadas em municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro, mostraram que municípios de maior porte populacional e maior capacidade instalada de serviços de saúde encontram mais obstáculos para a implementação da ESF (SZWARCOWALD; MENDONÇA; ANDRADE, 2006; VIANA et al., 2006). Os obstáculos externos são decorrentes do perfil de urbanização e de problemas sociais resultantes da extrema desigualdade social, ao passo que os obstáculos internos são decorrentes da forma como se distribuem os serviços e as tecnologias em saúde e do padrão de organização dos serviços (VIANA et al., 2006).

Em muitos municípios brasileiros, entretanto, a rede de APS inclui serviços anteriores à ESF, possibilitando a realização de estudos comparativos entre serviços ou modelos de atenção. Facchini et al. (2006), em pesquisa desenvolvida dentro dos ELB, analisaram o desempenho da ESF em 41 municípios de sete Estados brasileiros, comparando-a com o desempenho das UBS, através de delineamento transversal. Foram caracterizados a estrutura e o processo de trabalho em 234 unidades de APS, incluindo ESF e UBS, mostrando que a oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF. No entanto, evidenciou-se, na análise do perfil dos profissionais de saúde, que o ingresso por concurso público foi maior nas UBS e o trabalho precário foi maior na ESF dos Estados da Região Nordeste, não se observando diferença entre os modelos de atenção nos Estados da Região Sul. Piccini et al. (2007), em outra pesquisa transversal de base populacional, integrante dos ELB, para avaliação da efetividade da atenção pré-natal e da puericultura na rede básica, compararam os modelos de atenção, ESF e UBS, através de múltiplos critérios de avaliação, evidenciando uma vantagem relativa da ESF em relação ao modelo tradicional, mas apresentando um contexto de baixa efetividade de ambos os modelos.

Um dos fatores que pode contribuir para a vantagem da ESF em relação ao modelo tradicional é a mudança provocada na prática profissional de médicos e enfermeiros. Peres et al. (2006) publicaram estudo transversal realizado com questionários aplicados aos profissionais da ESF de seis municípios do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados mostram que um grande número de profissionais incorporou a prática de visitas domiciliares,

atividades de educação em saúde e planejamento em equipe das ações. No entanto, 44,3% nunca haviam participado do conselho local de saúde e 48,3%, de ação intersetorial.

Por fim, podemos concluir, a partir dos estudos expostos, que os resultados das pesquisas avaliativas da ESF evidenciam uma grande heterogeneidade da qualidade da atenção, dos resultados em saúde obtidos, do perfil e da prática dos profissionais em diferentes municípios e estados brasileiros.

### **3 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS**

#### **3.1 A MEDIDA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO**

Antes de abordarmos um modelo conceitual para a medida da qualidade da APS, precisamos definir uma estrutura para a medida da qualidade e também o seu conceito. É possível identificar, na literatura, inúmeras definições de qualidade, que traduzem, em seu conjunto, um caráter multidimensional. Segundo Uchimura e Bosi (2002), a multidimensionalidade do termo qualidade acontece em função de dois motivos: primeiro, porque o termo assume várias dimensões ou sentidos, de natureza objetiva ou subjetiva, e, segundo, porque a qualidade varia de acordo com o interesse de grupos ou atores sociais. Para os autores, a qualidade em sua dimensão objetiva é mensurável e, portanto, generalizável, sendo esse o tratamento que predomina na literatura científica. Neste estudo, para avaliação dos serviços de APS, será utilizado o referencial de Starfield (2002), que parte, por sua vez, dos conceitos de Donabedian (1990, 1998).

Donabedian (1998) propôs que a qualidade de um serviço de saúde pode ser medida e, portanto, avaliada através de três categorias: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às características do ambiente em que a atenção acontece, incluindo recursos materiais (como equipamentos), recursos humanos (como número e qualificação dos profissionais), financiamento e a organização necessária para a atenção. O processo refere-se ao que acontece entre o dar e o receber cuidado, incluindo a relação entre profissionais e pacientes, as atividades do paciente na procura do cuidado e as atividades dos profissionais ao provê-lo. Os resultados referem-se aos efeitos do cuidado na saúde de pacientes e populações. As três categorias são interligadas, de forma que a boa estrutura aumenta a probabilidade de bom processo e o bom processo, por sua vez, aumenta a probabilidade de bom resultado.

Em artigo posterior, Donabedian (1990) define os sete atributos que constituem, de uma forma mais ampla, a qualidade da atenção, são eles: (1) eficácia: a habilidade da atenção em melhorar a saúde, (2) efetividade: o grau com que a melhora da saúde é de fato atingida, (3) eficiência: a habilidade de atingir a melhora máxima a um menor custo, (4) otimização: o balanço vantajoso entre custos e benefícios, (5) aceitabilidade: a conformidade com as preferências do paciente com relação ao acesso, a relação médico-paciente, a estrutura

oferecida, os efeitos e os custos da atenção, (6) legitimidade: a conformidade com as preferências da comunidade e sociedade em geral com relação a todos os itens anteriores e (7) equidade: a justiça na distribuição da atenção, seus efeitos e benefícios, entre a população.

Campbell, Roland e Buetow (2000), a partir do referencial de Donabedian, diferenciaram a qualidade da atenção a uma pessoa e a uma população, utilizando diferentes atributos. A qualidade da atenção a uma pessoa foi conceituada como: “se a pessoa pode acessar as estruturas de saúde e o processo de cuidado de que ela precisa e se o cuidado recebido é efetivo.” A qualidade da atenção a uma população foi conceituada, por sua vez, como: “o acesso ao cuidado efetivo com base na eficiência e equidade para a otimização dos benefícios em saúde e do bem-estar para toda a população”. Observa-se, nesses conceitos que, primeiro, para a qualidade da atenção a uma pessoa, foram utilizados os atributos acesso e efetividade e para a qualidade da atenção a uma população foram acrescentados os atributos eficiência, equidade e otimização, e, segundo, que esses atributos são apresentados em termos de estrutura, processo e resultados em saúde.

Starfield (2002), a partir do referencial de Donabedian, propõe um modelo conceitual para a medida da qualidade do processo de APS prestado a uma pessoa e a uma população usuária de um determinado serviço. De acordo com a autora, cada serviço de saúde, não somente os serviços de APS, portanto, possui uma estrutura (ou capacidade), processo de atenção (ou desempenho) e resultados. Esses componentes “interagem com o comportamento individual e são determinados tanto por ele como pelo ambiente social, político, econômico e físico em que o sistema de serviços de saúde existe.”

A estrutura ou capacidade de um serviço de saúde é o que propicia a prestação do serviço, seus elementos consistem nos recursos necessários para oferecê-los. Existem, pelo menos, dez elementos estruturais principais: (1) pessoal: inclui todos os envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento; (2) instalações e equipamentos: inclui os prédios e os componentes físicos das instalações; (3) gerenciamento e comodidades: inclui características dos serviços que não aquelas diretamente relacionadas à atenção clínica, por exemplo, a tecnologia empregada para o registro de exames laboratoriais; (4) variedade de serviços oferecidos pelas instalações: inclui a variação entre serviços e entre unidades; (5) organização de serviços: inclui a forma como o serviço é oferecido; (6) mecanismos para oferecer continuidade da atenção: por exemplo, a continuidade pode ser oferecida na forma de profissionais que servem como primeiro contato para o paciente, às vezes, porém, o único mecanismo de continuidade é o prontuário médico; (7) mecanismos para oferecer acesso ao atendimento: inclui acessibilidade em relação ao tempo (horário de disponibilidade),



acessibilidade geográfica (adequação de transporte e distância a ser percorrida) e acessibilidade psicossocial (barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os profissionais e os pacientes); (8) arranjos para financiamento: inclui o método de pagamento dos serviços e como a equipe é remunerada pelo trabalho; (9) delineamento da população eletiva para receber os serviços: os profissionais de APS devem ser capazes de definir a comunidade e conhecer suas características e a população deve ser capaz de identificar sua fonte de atenção e estar consciente da responsabilidade desta pela oferta dos serviços requeridos; (10) administração do sistema de saúde: inclui o envolvimento ou não da população nas decisões sobre a maneira pela qual os serviços são organizados ou oferecidos.

O processo ou desempenho de um serviço de saúde “são as ações que constituem a oferta e o recebimento de serviços”, sendo constituído por dois elementos: “as atividades por parte de quem oferece atenção e as atividades por parte de quem a recebe.” A oferta da atenção por parte dos profissionais de saúde inclui o reconhecimento do problema ou necessidade, o diagnóstico, o tratamento ou manejo e a reavaliação, iniciando neste ponto um novo ciclo de monitoramento e acompanhamento dos problemas e necessidades. O recebimento da atenção por parte dos usuários envolve a utilização do serviço, o entendimento e a concordância com a atenção recebida e a satisfação.

Starfield propõe, em seguida, um modelo para a medida da qualidade da APS, a partir da abordagem capacidade-desempenho, utilizando, entretanto, somente quatro elementos da capacidade (estrutura) e dois elementos do desempenho (processo). Segundo a autora, os quatro elementos da capacidade relevantes à APS são: (1) acessibilidade: “envolve a localização da unidade de saúde, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos da acessibilidade”; (2) variedade de serviços: “é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis”; (3) definição da população eletiva: inclui o quanto o serviço de APS “pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela”; e (4) continuidade: “consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos”.

Por sua vez, os dois elementos do desempenho relevantes à APS são: (1) a utilização: refere-se à “extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde”, incluindo o motivo da consulta, por exemplo, investigação de um novo problema, acompanhamento de um problema antigo ou recebimento de serviços preventivos, e a parte demandante, por exemplo, a utilização pode começar pelo paciente ou por uma orientação do profissional de saúde ou, ainda, ocorrer

como resultado de alguma exigência administrativa; (2) o reconhecimento de um problema (ou necessidade): “é o passo que precede o processo diagnóstico”. O não reconhecimento dos problemas ou necessidades de saúde implica a não ocorrência do processo diagnóstico ou, então, a sua inadequação. O papel do profissional de saúde é “a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou da população”.

### 3.2 INSTRUMENTO PARA A MEDIDA DA QUALIDADE DA APS

Segundo Starfield (2002), são necessários um dos quatro elementos estruturais e um dos dois elementos processuais para medir a presença e a extensão de cada um dos atributos da APS. Por exemplo, para medir o acesso de primeiro contato, é necessário avaliar a acessibilidade (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual), para medir a longitudinalidade, é necessário avaliar a definição da população eletiva (elemento estrutural) e a utilização (elemento processual), para medir a integralidade, é necessário avaliar a variedade de serviços (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual); e para medir a coordenação do cuidado, é necessário avaliar a continuidade (elemento estrutural) e o reconhecimento de problemas (elemento processual).

A partir dessa estrutura, Starfield e colaboradores da *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center* produziram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) nas versões *Child Consumer/Client Survey*, validada por Cassady et al. (2000), *Adult Consumer/Client Survey*, validada por Shi, Starfield e Jiahong (2001), aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicável aos profissionais de saúde. Esse instrumento é constituído de perguntas cujo objetivo é medir a presença e a extensão dos componentes estruturais e processuais específicos e definidores de cada atributo essencial e derivado da APS. Os três instrumentos produzem escores para cada um dos atributos, através da média aritmética dos itens que compõe cada atributo, possibilitando também a produção do escore essencial e do escore geral da APS, através da média aritmética dos escores dos atributos essenciais e de todos os atributos, respectivamente. Dessa forma, os instrumentos permitem medir o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde.

A versão aplicada aos profissionais é indicada para coletar informações a respeito de características operacionais e práticas relacionadas ao emprego da atenção primária por

profissionais de atenção direta, enquanto a versão aplicada aos usuários é indicada para coletar informações de indivíduos referentes às suas experiências ao utilizar os recursos de atenção à saúde (SHI; STARFIELD; JIAHONG, 2001). As perguntas que constituem o instrumento aplicado aos profissionais são um espelho das perguntas que constituem o instrumento aplicado aos usuários, mantendo-se, portanto, o conteúdo dos elementos avaliados e modificando-se, apenas, a redação da pergunta conforme o ponto de vista: profissional de saúde ou usuário do serviço.

Em recente estudo, Malouin, Starfield e Sepulveda (2009) avaliaram nove instrumentos utilizados para medir a APS com relação a vários critérios, incluindo a capacidade do instrumento em medir os quatro atributos essenciais da APS. O PCATool foi considerado o melhor instrumento, o único com capacidade para captar características da estrutura e processo de cada um dos quatro atributos. Entretanto, podemos reconhecer duas limitações do instrumento: a primeira é considerar, para o cálculo dos escores essencial e geral, que os atributos tenham os mesmos “pesos” para a medida da orientação à APS e da associação desta com desfechos, a segunda limitação reside em utilizar apenas a percepção dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado.

### 3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

A pesquisa avaliativa de serviços e sistemas de saúde consolidou-se como um importante tema de investigação, principalmente a partir dos anos 80. Várias razões são apontadas para isso, sendo o principal motivo a crise vivenciada nos sistemas nacionais de saúde, de muitos países, decorrente de baixa efetividade, ineficiência, custos excessivos, inequidade e insatisfação dos usuários. No primeiro momento, entretanto, foi colocada a opinião do usuário como o aspecto determinante na avaliação da qualidade, dando-se fundamental importância para os estudos de satisfação dos usuários (SERAPIONI, 2006).

Para Serapioni (2006), porém, a avaliação da qualidade da atenção deve se fundamentar em um enfoque multidimensional, que implica o envolvimento de diferentes atores, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores, com perspectivas próprias de avaliação. Para o autor, os usuários dos serviços de saúde nem sempre sabem do que precisam

e podem solicitar terapias inadequadas e até danosas, sendo necessário, portanto, incluir, junto à opinião do usuário, a opinião do profissional sobre a avaliação da necessidade de saúde e da adequação da intervenção.

Em artigo anterior (SERAPIONI, 1999), o autor já havia sustentado que a qualidade é resultado de um conjunto de fatores que o usuário nem sempre está em condições de julgar. Se, por um lado, podemos ter uma intervenção ineficaz bem avaliada pelo usuário (em termos de satisfação), se, por exemplo, a relação entre profissional e usuário for positiva, por outro, podemos ter uma intervenção eficaz mal avaliada pelo usuário (em termos de satisfação), se, por exemplo, a intervenção não corresponder à sua expectativa. Assim, Serapioni (1999) define que a avaliação da qualidade de um serviço, baseada em um enfoque multidimensional, deve compreender, no mínimo: a) a avaliação da satisfação dos usuários; b) a avaliação técnica do processo de trabalho e a satisfação dos profissionais e c) a avaliação dos resultados produzidos.

De fato, a satisfação dos profissionais, como evidenciou a pesquisa de Halal et al. (1994), realizada em serviços de APS da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, é um determinante da qualidade dos serviços. Nesse estudo, a satisfação dos profissionais mostrou-se linearmente associada com a percepção de melhor relação profissional-paciente e com a expectativa de melhor prognóstico para o paciente.

Ainda assim, um serviço que atenda às necessidades dos usuários e profissionais, de acordo com suas respectivas percepções, pode não ser de qualidade, na medida em que desperdiça recursos que poderiam ser destinados para outros pacientes, resultando em inefetividade e inequidade (SERAPIONI, 2006). Por essa razão, Serapioni (2006), citando Øvretveit, acrescenta os gerentes no mesmo patamar dos usuários e profissionais, conceituando: (1) qualidade avaliada pelo usuário: “o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupo”; (2) qualidade profissional: “se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executados de forma apropriada” e (3) qualidade gerencial: “o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidos pelas autoridades”. As três perspectivas apresentadas correspondem aos mais importantes grupos de interesse e devem ser integradas para avaliar a qualidade de um serviço.

Como pode, entretanto, um serviço de saúde ofertar uma qualidade que seja avaliada positivamente por pacientes, profissionais e gerentes? Para isso, Serapioni (2006), novamente citando Øvretveit, coloca que a avaliação multidimensional é um processo, resultando, muitas

vezes, na identificação de conflitos, no entendimento de situações em que o aumento de um aspecto da qualidade pode prejudicar outro e na busca da solução dos conflitos através do envolvimento dos diferentes atores.

Atkinson (1993), com o objetivo de identificar áreas de mediação entre a perspectiva dos usuários e a dos profissionais, indicou que os conflitos entre essas duas perspectivas são decorrentes de divergências entre os modelos explanatórios de saúde dos usuários e profissionais (conhecimento médico), podendo ser resolvidos através de treinamento e educação. Da mesma forma, estudos qualitativos utilizando grupos focais foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar, a partir das percepções dos usuários e profissionais, o acesso e acolhimento (SOUZA et al., 2008) e a integralidade do cuidado (TAVARES; MENDONÇA; ROCHA, 2009), este último com foco nas mulheres em idade reprodutiva, tendo a gestação como critério de inclusão. Esses estudos sugerem que a metodologia qualitativa pode revelar os aspectos subjetivos envolvidos nas contradições observadas entre a percepção dos diferentes atores e apontar caminhos para uma “área de mediação”, destacando, assim, o potencial da integração entre métodos qualitativos e quantitativos para a produção de conhecimento na área.

Com o acima exposto, podemos concluir que a avaliação da “qualidade profissional” é uma importante parte do processo avaliativo da qualidade da atenção de um determinado serviço de saúde. Dessa forma, a medida da percepção dos profissionais sobre a presença e extensão dos atributos da APS, através do instrumento PCATool, versão *Facility/Provider Survey*, é parte importante do processo avaliativo de um serviço de APS e pode não só avaliar a qualidade da atenção de um determinado serviço, como também comparar a atenção prestada por diferentes serviços.

## **4 PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DA ATENÇÃO**

### **4.1 ESTUDOS INTERNACIONAIS E NACIONAIS**

Estudo realizado por Rowan et al. (2002), em províncias do Canadá, através da aplicação do PCATool, versão *Facility/Provider Survey*, a 134 preceptores de MFC mostrou, com relação ao escore geral da APS, que apenas a variável número de pacientes atendidos por semana esteve associada com maiores escores, de modo que quanto maior o número de pacientes, maior o escore geral atribuído. Os mais altos escores foram atribuídos ao atributo coordenação e os mais baixos à competência cultural. Escores para o acesso de primeiro contato foram mais altos nas mulheres, para aqueles com 11 a 20 anos de experiência como preceptor, para quem atendia mais pacientes semanalmente e em centros urbanos. Escores para longitudinalidade foram mais altos entre os que tinham, no mínimo, 11 anos de experiência e que atendiam mais pacientes semanalmente. O atributo coordenação foi dividido em “integração do cuidado”, cujos maiores escores foram atribuídos por preceptores rurais, e “continuidade”, cujos maiores escores foram atribuídos por preceptores com menos de 5 anos de experiência. Escores para orientação comunitária foram mais altos para preceptores que atendiam mais pacientes semanalmente e que aceitavam mais novos pacientes. Escores para competência cultural foram mais altos para preceptores que atendiam uma população culturalmente diversa e que aceitavam mais novos pacientes. Esse é um importante estudo que investiga e mostra as variáveis que, no nível do profissional de saúde, estão associadas com os maiores escores atribuídos, por estes, aos atributos da APS.

Romero, Collantes e Ramírez (2009) analisaram o desempenho da rede do hospital de Suba, localizado em Bogotá, Colômbia, com relação ao cumprimento dos atributos da APS, através da aplicação do PCATool, em suas respectivas versões, a usuários, profissionais e coordenadores do serviço. Os atributos estudados foram comparados às percepções dos atores de instituições ambulatoriais similares do setor privado. Quanto à avaliação de desempenho dos atributos da APS, de acordo com a percepção dos profissionais, foram encontradas diferenças significativas entre a rede pública e privada de APS referente aos atributos integralidade e orientação comunitária, ambos a favor da rede pública. Os resultados obtidos mostram escores superiores, em cada um dos atributos da APS, na percepção de profissionais

e gestores quando comparados com os escores percebidos por usuários e acompanhantes de menores de 18 anos. Os autores destacam também que os escores são mais altos na percepção dos gestores quando comparado com os escores atribuídos pelos profissionais, concluindo que os serviços são melhor avaliados por quem os prestam e, dentro de quem os prestam, são melhor avaliados por quem os gerencia.

No Brasil, pesquisas utilizando o PCATool, com o objetivo de avaliar serviços de APS, foram realizadas em várias cidades, em muitos estudos a ESF foi comparada ao modelo tradicional, UBS. Para medir a presença e a extensão dos atributos da APS na rede de atenção do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Macinko et al. (2004) aplicaram o instrumento PCATool, versão *Facility/Provider Survey*, adaptada e traduzida<sup>1</sup>, em uma amostra de profissionais de ambos os serviços. O estudo mostrou que ESF tem, na percepção dos profissionais de saúde, significativamente maior escore nos atributos longitudinalidade, orientação familiar e formação profissional do que UBS. A ESF também apresentou mais forte orientação comunitária, mas sem significância estatística. O escore do componente acesso foi baixo em ambos os modelos.

Com o objetivo também de comparar a ESF e UBS, Elias et al. (2006), dentro dos ELB, desenvolveram um estudo transversal, para comparação entre ESF e UBS, por estrato de exclusão social no município de São Paulo. O instrumento PCATool foi aplicado, nas suas respectivas versões, aos usuários, profissionais e gestores. Foram escolhidas as unidades de ESF e UBS mais bem avaliadas pelo Índice de Atenção Básica (IAB) de cada um dos três agrupamentos de estratos de exclusão social. As percepções dos gestores e dos profissionais de saúde foram sempre melhores do que as percepções dos usuários, com apenas duas exceções: o componente acesso e o atributo formação profissional. A comparação entre ESF e UBS, nos diferentes estratos de exclusão social, não apresentou diferenças para profissionais de saúde e gestores. Com relação à percepção dos usuários, o escore geral da APS foi mais elevado nas unidades ESF do que nas UBS.

---

1 Essa versão foi posteriormente validada por Almeida e Macinko (2006). Os autores propuseram que os componentes do atributo “acesso de primeiro contato” fossem medidos separadamente, de maneira que conceituaram “acesso” como o componente estrutural e “porta de entrada” como o componente processual. O componente “acesso” foi conceituado como “a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso”. O componente “porta de entrada” foi conceituado como o “acesso e uso do serviço de atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde”. Para essa versão, os autores usaram o termo “vínculo” como sinônimo de “longitudinalidade” e o termo “elenco de serviços” como sinônimo de “integralidade”. Além disso, foram modificados os itens do atributo “competência cultural”, chamando-o de “formação profissional”, com o seguinte conceito: “pressupõe que a atenção primária seja uma área de especialização que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.”

Em outro estudo conduzido no Estado de São Paulo, Ibañez et al. (2006) avaliaram o desempenho da atenção primária em uma amostra selecionada de municípios com mais de 100 mil habitantes agrupados em *clusters*. Aplicou-se o instrumento PCATool, em suas respectivas versões, a usuários, acompanhantes e profissionais de saúde amostrados entre unidades ESF e UBS. Com relação à percepção dos usuários, não se mostrou diferença entre os *clusters* estudados, ficando em 50%, em média, a percepção dos usuários quanto à atenção primária dos municípios estudados, o que qualifica a atenção como pouco satisfatória. Com relação à percepção dos profissionais de saúde, os que trabalhavam na ESF avaliaram o desempenho como sendo melhor do que aqueles que trabalhavam na UBS. Os atributos vínculo, elenco de serviços, orientação familiar e orientação comunitária foram melhor avaliados pelos profissionais da ESF. Usuários e profissionais de saúde tiveram opiniões semelhantes apenas em relação aos componentes acesso e porta de entrada e ao atributo vínculo. Mostrou-se também que os profissionais avaliaram melhor que os usuários todos os atributos da APS.

Da mesma forma que nos três estudos anteriores (MACINKO et al., 2004; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006), Stralen et al. (2008) encontraram, após a aplicação do instrumento PCATool em usuários e profissionais de saúde das unidades ESF e UBS de municípios do Estado de Goiás e do Mato Grosso do Sul, que os escores atribuídos à APS são, de maneira geral, maiores na percepção dos profissionais de saúde. No referido estudo, porém, o componente porta de entrada apresentou maior escore na percepção dos usuários da ESF e o componente porta de entrada e os atributos vínculo, elenco de serviços e formação profissional apresentaram maiores escores na percepção dos usuários da UBS, ambos em comparação com os escores dos profissionais de nível superior. Na comparação entre os escores de usuários da ESF e UBS, foi encontrada diferença significativa nos atributos orientação familiar e orientação comunitária a favor da ESF. Na comparação entre os escores de profissionais de nível superior da ESF e UBS, mostrou-se diferença significativa no componente porta de entrada e nos atributos vínculo, elenco de serviços, orientação familiar e orientação comunitária também a favor da ESF.

Macinko, Almeida e Sa, (2007), com o objetivo de construir uma metodologia rápida para medir a APS, aplicaram uma versão modificada do PCATool em usuários e profissionais da ESF e UBS, do município de Petrópolis, Rio de Janeiro. Na comparação entre os escores de usuários da ESF e UBS, observou-se diferença significativa no escore geral e no componente porta de entrada e nos atributos elenco de serviços, orientação familiar e comunitária a favor da ESF. Com relação aos escores atribuídos pelos profissionais, diferença



significativa entre profissionais e usuários foi encontrada somente no componente porta de entrada, melhor avaliado pelos usuários em ambos os tipos de serviço, e no atributo orientação familiar, melhor avaliado pelos profissionais em ambos os modelos. Não foi encontrada diferença entre profissionais e usuários em relação ao escore geral. Os autores sugerem que, por razão desses achados, com este instrumento modificado do PCATool, a versão aplicada aos profissionais poderia ser usada para calcular o escore geral e monitorar o desempenho da APS em nível municipal.

Uma importante aplicação dos resultados de uma pesquisa avaliativa pode ser observada no estudo de Pimenta et al. (2008). Os referidos autores, com o objetivo de avaliar a organização e o desempenho da ESF no município de Amparo, São Paulo, utilizaram o PCATool, versões traduzidas e adaptadas por Macinko et al. (2004). As percepções dos usuários, profissionais e gestores sobre a qualidade da atenção foram comparadas. Na perspectiva do usuário, os atributos orientação familiar e orientação comunitária e o componente acesso receberam os piores escores. Os profissionais e gestores, em comparação com os usuários, apresentaram uma tendência a avaliar melhor os atributos orientação familiar e orientação comunitária, mas atribuíram escores menores ao componente acesso. Profissionais e usuários tiveram opiniões semelhantes com relação ao elenco de serviços e à coordenação. No entanto, por razão do atributo orientação familiar ter recebido o pior escore, na perspectiva dos usuários, a Secretaria Municipal de Saúde de Amparo elaborou um projeto de educação permanente centrado na orientação familiar para o ano de 2008 (PIMENTA et al., 2008). Importante observar, porém, a diferença entre o escore de orientação familiar atribuído por usuários e profissionais, 2,2 e 4,4 (em uma escala de 0 a 5), respectivamente. A partir desses resultados, podemos perguntar se o alto escore atribuído pelos profissionais de saúde é consequência do conhecimento, apenas teórico, dos profissionais sobre a orientação familiar na ESF ou se é consequência da baixa percepção dos usuários em relação à abordagem familiar realmente praticada no serviço, neste caso, através de metodologia não percebida pelos usuários. Dessa forma, tais resultados evidenciam a necessária continuidade do processo avaliativo, para, por exemplo, buscar esclarecer as razões para a contradição observada entre a percepção dos atores envolvidos, apontando os caminhos para uma “área de mediação”.

Nesses estudos (MACINKO et al., 2004; ELIAS et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; STRALEN et al., 2008; MACINKO; ALMEIDA; SA, 2007; PIMENTA et al., 2008), porém, não são apresentados o perfil sociodemográfico e também os aspectos relativos à formação acadêmica, por exemplo, especialidade médica, e à satisfação dos profissionais de saúde, não

se fazendo, portanto, uma avaliação do impacto de variáveis como idade, sexo, tempo de trabalho no serviço e na unidade, tempo de formado e especialidade médica na percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade da atenção. Os dois estudos citados a seguir investigam a associação de alto escore geral percebido com outras variáveis.

Em estudo para medir a presença e extensão dos atributos da APS nos serviços públicos de Curitiba, ESF e UBS, no ano de 2008, Chomatas, Vigo e Harzheim (2008) aplicaram o PCATool, versão *Facility/Provider Survey*, em 490 profissionais médicos e enfermeiros de 90 unidades do município. Os escores atribuídos pelos profissionais da ESF aos atributos acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária foram superiores aos escores atribuídos pelos profissionais da UBS, com significância estatística. Da mesma forma, os escores essencial e geral foram significativamente superiores na ESF. O atributo coordenação, porém, embora tenha sido melhor avaliado na ESF, não apresentou diferença significativa em relação ao escore atribuído na UBS. Esses resultados mostram que, na percepção dos profissionais, o serviço da ESF, em Curitiba, apresenta melhor desempenho que o serviço da UBS.

Nesse estudo, o modelo de regressão foi aplicado para se investigar a associação da proporção de alto escore geral da APS, valores  $\geq 6,6$ , em escala de 0 a 10, com outras variáveis. Quando as categorias profissionais, médicos e enfermeiros, foram avaliadas em conjunto, as variáveis tipo de unidade, a favor da ESF, e formação em MFC ou enfermagem comunitária associaram-se com o aumento da prevalência de alto escore geral, mesmo após o controle para outras variáveis. Por outro lado, ser profissional médico e possuir qualquer tipo de especialização associaram-se com uma diminuição da prevalência de alto escore geral. Entre os médicos, a presença de alto escore geral associou-se positivamente com tipo de unidade, a favor da ESF, e maior número de consultas semanais atendidas. As variáveis tempo de formado, formação em MFC, carga horária semanal e tempo de serviço não apresentaram associação significativa. Entre os enfermeiros, as variáveis tipo de unidade, a favor da ESF e formação em enfermagem comunitária associaram-se positivamente com a presença de alto escore geral. A variável satisfação não foi testada no modelo de regressão.

No Rio Grande do Sul, Kolling e Harzheim (2008), com objetivo de avaliar a percepção dos profissionais da ESF sobre os atributos da APS, nos municípios participantes do projeto Telessaúde, e caracterizar o perfil desses profissionais, aplicaram o instrumento PCATool em médicos e enfermeiros de 100 equipes da ESF, de 32 municípios do interior do Estado. Os municípios incluídos possuíam menos de 100 mil habitantes, cobertura da ESF maior ou igual a 70% da população residente e baixa rotatividade de médicos e enfermeiros.

O instrumento foi autoaplicado por 99 médicos e 97 enfermeiros, das 100 equipes incluídas. Entre os profissionais respondentes, 71% atribuíram ao serviço um alto escore geral de APS, considerado  $\geq 6,6$ , em uma escala de 0 a 10. O atributo acesso de primeiro contato foi o pior avaliado, 60% atribuíram baixo escore. Os atributos longitudinalidade, coordenação e orientação comunitária tiveram, respectivamente, 61,5%, 70% e 67% de alto escore. Os atributos melhor avaliados foram integralidade e orientação familiar, com 83%, 80% e 86% de alto escore, respectivamente.

Nesse estudo, as variáveis sexo, tempo de formado, profissão (médico ou enfermeiro), tempo de trabalho na ESF e na unidade e as relativas à formação profissional não estiveram associadas significativamente com alto escore geral atribuído. Com relação às variáveis relativas à formação, referir especialização nas áreas de Saúde da Família, Saúde Pública ou Saúde Coletiva não se associou com alto escore geral de APS atribuído, em comparação com outras especializações. Em relação às residências médicas, apenas 13% dos médicos referiram possuir residência em MFC. A prevalência de alto escore geral foi semelhante entre os médicos de família e comunidade e médicos sem residência. Entre as enfermeiras, o treinamento em serviço foi ainda menos frequente, duas enfermeiras referiam possuir residência multiprofissional, sendo que apenas uma em APS. Da mesma forma, a satisfação com o trabalho não esteve associada com alto escore geral. Destaca-se que apenas a satisfação com o “relacionamento entre equipe de saúde e comunidade” e com a “rede de serviços municipal” associaram-se com o alto escore geral de APS. Também estiveram significativamente associados com a atribuição de alto escore geral a percepção de capacitação em trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária.

Podemos reconhecer, nos estudos citados, que, de uma maneira geral, nos estudos comparativos, entre ESF e UBS, a atenção é melhor avaliada na ESF, pelos profissionais, e que os escores atribuídos pelos profissionais tendem a ser maiores em comparação com os atribuídos pelos usuários. Observa-se também, nos estudos citados, que existe heterogeneidade entre diferenças significativas encontradas não só na comparação entre atributos, mas também na análise de variáveis preditoras de alto escore. Esses achados reforçam o entendimento de que os estudos que utilizam a percepção de profissionais (ou mesmo de outros atores) possuem utilidade para o processo avaliativo de serviços, devendo, os resultados, ser discutidos mediante a realidade local dos serviços. Nesse sentido, embora padrões gerais possam ser observados, tais estudos apresentam, como limitação, a validade externa.

## 4.2 ESTUDOS REALIZADOS EM PORTO ALEGRE

Em Porto Alegre, o GP.APS do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da FAMED/UFRGS, em sua linha avaliativa, vem investigando a presença e extensão dos atributos da APS, através da aplicação e validação do PCATool, em suas três versões, nos serviços públicos da cidade: ESF, UBS, CSEM e o SSC.

Em estudo comparativo entre a ESF e UBS, realizado na região sul de Porto Alegre, que utilizou o PCATool, versão validada (HARZHEIM et al., 2006), aplicada aos usuários e acompanhantes, para avaliação da qualidade da atenção à saúde infantil, Harzheim, Álvarez-Dardet e Stein (2004) demonstraram que identificar a ESF como serviço de referência no cuidado de crianças está associado com alto grau de extensão dos atributos da APS. Na comparação entre os escores da ESF e UBS, ficou evidenciada diferença significativa nos atributos integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e no escore geral da APS a favor da ESF.

Cunha et al. (2007) compararam a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades ESF e UBS, amostradas na pesquisa de Harzheim, Álvarez-Dardet e Stein (2004), sobre a qualidade da atenção, mostrando-se que os escores dos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária foram significativamente maiores na ESF. O estudo mostrou também que, na análise univariada, a ESF apresentou maior escore geral, porém, essa diferença não se manteve após realização de controle para as variáveis idade, tempo de trabalho na equipe e tempo de formado.

Para medir a presença e a extensão dos atributos da APS e comparar a qualidade da atenção entre os diferentes serviços de Porto Alegre, incluindo ESF, UBS, CSEM e SSC, Oliveira, Harzheim e Riboldi (2007) utilizaram a percepção dos usuários adultos sobre a qualidade da atenção, usando o instrumento PCATool, versão validada no Brasil (HARZHEIM et al., 2007). A metodologia do estudo foi transversal de base populacional e utilizou amostragem complexa. Os resultados mostraram que os escores gerais de APS atribuídos pelos usuários adultos à ESF, ao CSEM e ao SSC foram significativamente maiores do que o escore geral atribuído pelos usuários à UBS. O serviço que apresentou o maior escore geral, pontuado de 0 a 10, foi o SSC, com 6,5, a ESF apresentou escore de 5,5, o CSEM de 5,3 e a UBS de 4,8. A classificação da qualidade da atenção em alto e baixo escore geral mostrou que a prevalência de usuários que atribuíram alto escore aos serviços UBS, CSEM, ESF e SSC foi respectivamente de 10%, 18,1%, 23,2% e 48,5%. Na análise

multivariável, identificou-se que as variáveis classe social, idade, cor da pele, desemprego, estado de saúde na família, vínculo com o serviço superior a dois anos, número de consultas nos últimos 12 meses e o tipo de serviço são associadas a um acréscimo na prevalência de alto grau de orientação à APS.

Dentro do projeto de avaliação da qualidade da APS sobre a saúde do adulto, na rede de serviços de Porto Alegre, outros dois estudos foram desenvolvidos, com o objetivo de medir a associação entre a presença e extensão dos atributos da APS e a qualidade do manejo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM) em usuários adultos. O estudo de Trindade e Harzheim (2007), com o objetivo de avaliar a relação dos atributos da APS com o manejo da HAS, mostrou que o alto escore geral atribuído pelo usuário ao serviço relacionou-se significativamente com um aumento na probabilidade em receber orientações sobre a prática de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal, em ser medida a pressão arterial e o peso na última consulta, a altura em alguma anterior e em ser realizado eletrocardiograma. Na análise multivariada, porém, o alto escore não esteve associado significativamente com o reconhecimento e controle da HAS. O estudo de Gonçalves e Harzheim (2007), por sua vez, com o objetivo de avaliar a relação dos atributos da APS com o manejo da DM, mostrou também que o alto escore geral atribuído pelo usuário relacionou-se significativamente com práticas preventivas, como aferição da PA na última consulta, solicitação de perfil lipídico, exame e orientação para cuidados com os pés, orientações sobre atividade física e dieta saudável. Da mesma forma, porém, que o estudo citado anteriormente, não foi encontrada, na análise multivariada, diferença significativa entre a percepção de baixo e alto escores e controle da hemoglobina glicosilada. Esses estudos acabam por revelar a associação existente entre o processo de APS e importantes desfechos intermediários, relacionados ao manejo de HAS e DM.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Comparar a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre, as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os serviços de atenção primária de Porto Alegre que, na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, possuem alto escore geral de atenção primária.

Identificar as variáveis que, no nível do profissional de saúde, estão associadas com o alto escore geral de atenção primária atribuído pelos médicos e enfermeiros ao serviço.

Estimar a satisfação dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros com o trabalho e com a abordagem realizada, pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão e cardiopatia isquêmica.

## REFERÊNCIAS

Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

Almeida P, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8):1727-42.

Andrade L, Barreto I, Bezerra R. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos G, Minayo M, Akerman M, Júnior M, Carvalho Y editores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

Aquino R, Oliveira N, Barreto M. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health. 2008; 99:87-93.

Atkinson S. Anthropology in Research on the Quality of Health Services. Cad Saúde Pública. 1993; 9(3):283-99.

Bezerra Filho J, Kerr L, Miná D, Barreto M. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(5):1173-1185.

Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. Rev Panam Salud Publica. 2004; 15(2):94-103.

Brasil. Diário Oficial da União. Constituição Federal de 1988. Brasília; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [citado 12ago2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família [citado 07ago2009]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/nasf.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [citado 04mai2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) [citado 07ago2009]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/Componetes.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 edição. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2007.

Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000; 51:1611-25.

Campos C, Malik A. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev adm pública*. 2008; 42(2):347-68.

Canesqui A, Spinelli M. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(9):1881-92.

Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenber L. Measuring consumer experiences with primary care. *J Ambulatory Pediatric Assoc*. 2000; 105:998-1003.

Chomatas E, Vigo Á, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Conill E. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(Suplemento):191-202.

Conill E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S7-S27.

Cunha C, Harzheim E, Duncan B, Álvarez-Dardet C. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988; 260:1743-8.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.

Elias P, Ferreira C, Alves M, Cohn A, Kishima V, Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):633-41.



Escorel S, Giovanella L, Mendonça M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2007; 21(2):164-76.

Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Silveira E, Siqueira F, Rodrigues M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-81.

Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Teixeira V, Silveira D, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S159-S72.

Falk J. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2004; 1.

Farias E, Stein A, Hoffmann J. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do centro de saúde-escola muraldo, 1976-2000. *Boletim da Saúde Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul*. 2004; 18(1):99-111.

Gérvás J, Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):205-18.

Gil C. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(6):1171-81.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):951-63.

Gonçalves M, Harzheim E. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Green L, Fryer G, Yawn B, Lanier D, Dovey S. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001 Jun 28;344(26):2021-5.

Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. 2009.

Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: is there a association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24:252-54.

Halal I, Sparrenberger F, Bertoni A, Ciacommet C, Seibel C, Lahude F, et al. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28(2):131-6.

Harzheim E, Duncan B, Oliveira M, Agostinho M. Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária: PCATool adulto. 2007.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(8):1649-59.

Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006; 5(6):156.

Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre. *Manual Operacional*; 2006.

Harzheim E, Álvarez-Dardet C, Stein A. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.

Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. [citado 12ago2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Kolling J, Harzheim E. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Machado M. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. 1999 [citado 12ago2009]. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/index.html](http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/index.html)

Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambulatory Care Manage*. 2009; 32(2):150-71.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003; 38(3):831-65.

Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:13-9.

Macinko J, Souza M, Guanais F, Simões C. Going to scale with community based primary care an analysis of the family health program and infant mortality in brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*. 2007; 65:2070-80.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sa P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt*. 2004; 19:303-17.

Macinko J, Almeida C, Sa P. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy and Planning*. 2007; 22:167-77.

Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18(6):44-8.

Moore D, Castillo E, Richardson C, Reid R. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98. *International Journal of Health Planning and Management*. 2003; 18(4):279-92.

Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em porto alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Organizacion Panamericana de la Salud. Informe dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 1964.

Organizacion Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las américas. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud; 2005.

Parchman M, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Prac*. 1994; 39:123-8.

Peres E, Andrade A, Poz M, Grande N. The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme: evidences of change in the delivery health care model. *Human Resources for Health*. 2006; 4(25).

Piccini R, Facchini L, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.

Pimenta A, Coimbra A, Livorato F, Barros J, Rezende T. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. *Divulg saúde debate*. 2008; 42:102-17.

Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Services*. 1998; 28(4):777-91.

Rocha P, Uchoa A, Rocha N, Souza E, Rocha M, Pinheiro T. Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S69-S78.

Romero R, Collantes J, Ramírez N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(16):165-90.

Roncalli A, Lima K. Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):713-24.

Rowan M, Lawson B, MacLean C, Burge F. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. *Fam Med*. 2002; 34(10):744-9.

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado F, editores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*. 1999; 23(53):81-92.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-22.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine*. 2005; 61:65-75.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:374-80.

Shi L. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv*. 1994; 24(3):431-58.

Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4):275-84.

Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services*. 2000; 30(3):541-55.

Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2):161-75.

Souza E, Vilar R, Rocha N, Uchoa A, Rocha P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S100-S10.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.

Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001; 51(465):303-9.

Starfield B. *Primary care: concept, evaluations, and policy*. Oxford University Press; 1992.

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60:201-18.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

Stralen C, Belisário S, Stralen T, Lima A, Massote A, Oliveira C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S148-S58.

Szwarcwald C, Mendonça M, Andrade C. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):643-55.

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan B, Schmidt M, Giugliani E, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):564-76.

Tavares M. A prática da atenção primária à saúde. In: Duncan B, Schmidt M, Giugliani E, editores. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Tavares M, Mendonça M, Rocha R. Práticas em saúde no contexto de reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(5):1054-62.

Tomasi E, Facchini L, Piccini R, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S193-S201.

Trindade T, Harzheim E. Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Uchimura K, Bosi M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1561-9.

Vasconcelos C, Pasche D. O Sistema Único de Saúde. In: Campos G, Minayo M, Akerman M, Júnior M, Carvalho Y, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Viana A, Rocha J, Elias P, Ibañez N, Novaes M. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):577-606.

Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31(6):382-5.

Villalbí J, Guarga A, Pasarín M, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Aten Primaria*. 1999; 24(8):468-74.

Vuori H. Primary health care in europe: problems and solutions. *Community Medicine*. 1984; 6:221-31.

White K, Williams T, Greenberg B. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961; 265:885-92.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.

World Health Organization. The Ljubljana charter on reforming health care. *BMJ*. 1996; 312(7047):1664-5.

World Health Organization. International conference dedicated to the 30th anniversary of the Alma-Ata declaration on primary health care. Geneva: World Health Organization; 2008.

## ARTIGO

Percepção dos médicos e enfermeiros sobre a  
qualidade da atenção à saúde do adulto:  
comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre.

Título corrido: Percepção dos médicos e enfermeiros sobre a atenção primária

Rodrigo Caprio Leite de Castro <sup>1</sup>

Daniela Riva Knauth <sup>1</sup>

Erno Harzheim <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade

Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

[rodrigo\\_caprio@yahoo.com.br](mailto:rodrigo_caprio@yahoo.com.br)

**A ser enviado à revista Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

## RESUMO

Em Porto Alegre, a rede pública de Atenção Primária à Saúde (APS) inclui as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. O objetivo deste estudo é comparar a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de APS de Porto Alegre. Trata-se de um estudo transversal, com 340 entrevistas. A percepção dos profissionais foi medida através do instrumento *Primary Care Assessment Tool*. Os escores essencial e geral atribuídos à ESF, ao CSEM e ao SSC são significativamente maiores do que os escores atribuídos à UBS. O SSC apresenta também escores essencial e geral significativamente maiores do que os atribuídos à ESF e ao CSEM. No que se refere a esses escores, não houve diferença significativa entre ESF e CSEM. No modelo multivariável, apenas as variáveis “especialidade na área de APS”, “oferta de educação continuada” e “carga horária semanal no serviço de saúde” mostraram-se associadas com a prevalência de alto escore geral.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Percepção.

## ABSTRACT

In Porto Alegre, the public network of Primary Health Care (PHC) includes the traditional Basic Health Units (BHU), the Family Health Strategy (FHS), the Centro Saúde Escola Murialdo (Escola Murialdo Health Center) (CSEM) and the Community Health Service (CHS) of the Grupo Hospitalar Conceição. The goal of this study is to compare the perception of the medical professionals and nurses of the quality of the attention to the health of adults among the PHC services of Porto Alegre. It is a transversal study, with 340 interviews. The perception by professionals was measured by means of the instrument called Primary Care Assessment Tool. The essential and general scores credited to the FHS, the CSEM and the CHS are significantly higher than the scores credited to the BHU. The CHS also shows significantly higher essential and general scores than those credited to the FHS and to the CSEM. Regarding these scores, there was no significant difference between the FHS and the CSEM. In the multivariable model, only the variables "specialty in the PHC area", "offer for continued education" and "weekly work load in the health service" have shown associated with the prevalence of the high general score.

Key words: Primary Health Care. Health Service Assessment. Quality of Health Care. Perception.



## INTRODUÇÃO

Na Declaração de Alma Ata<sup>1</sup>, produto da Conferência Internacional de APS, realizada em 1978, os cuidados primários foram posicionados como uma estratégia para organizar os sistemas de saúde. De fato, observa-se, hoje, que os países que apresentam maior orientação à APS são também os que constituíram, ao longo do século passado, Sistemas Nacionais de Saúde, como Reino Unido, Espanha, Portugal, Itália, Dinamarca e também, na América, Canadá, Cuba e Brasil<sup>2</sup>. O número de estudos evidenciando o impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde aumentou muito a partir da década de 90. Existem atualmente, na literatura, evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde<sup>3-12</sup>, da promoção da equidade<sup>5-7, 10, 11, 13</sup>, da satisfação dos usuários<sup>3</sup> e da eficiência<sup>3, 14</sup>. Embora a maior parte dos estudos tenham sido realizados em países desenvolvidos, existem também evidências do impacto positivo da APS sobre os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento<sup>15</sup>, especialmente em países da América Latina<sup>16, 17</sup>.

No Brasil, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994<sup>18</sup>. O financiamento para expansão da ESF vem crescendo, assim como o número de equipes implantadas, sendo que, em dezembro de 2008, já eram 29.300 equipes, acompanhando 49.5% da população brasileira<sup>19</sup>.

Da mesma forma como se observa nos estudos internacionais, muitas pesquisas mostram o impacto positivo da ESF sobre o sistema de saúde brasileiro. Existem evidências sobre a associação entre a maior cobertura da ESF e indicadores como menor mortalidade infantil<sup>20-23</sup>, pós-neonatal<sup>23</sup> e por diarreia<sup>23</sup> e maior promoção da equidade<sup>21, 22</sup>. Em pesquisas comparativas entre ESF e as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), vinculadas aos Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (Proesf)<sup>24</sup>, realizadas em municípios da Região Nordeste e Sul, mostrou-se que a ESF, em comparação com a UBS, apresenta maior adequação da oferta de ações de saúde, da utilização e do contato por ações programáticas<sup>25</sup> e também maior qualidade da atenção ao pré-natal e à puericultura<sup>26</sup>, embora estivessem em um contexto de baixa efetividade de ambos os modelos. Por outro lado, em outros estudos vinculados aos ELB, realizados em municípios do Nordeste, evidenciou-se uma grande heterogeneidade no impacto da ESF sobre indicadores de saúde<sup>27</sup> e também sobre as práticas de cuidado<sup>28</sup>.

Embora as principais funções da APS estejam presentes no conceito de cuidados primários da Declaração de Alma Ata, para fim de pesquisa avaliativa, é necessário, entretanto, utilizar uma definição que operacionalize a medida das funções. Por essa razão, neste estudo, utiliza-se a definição de Starfield<sup>29</sup>, que conceitua a APS como

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

Nesse conceito, estão presentes os quatro atributos essenciais da APS: o acesso de primeiro contato, que é a “acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema”; a longitudinalidade, que “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo”; a integralidade, que implica em “fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde”; e a coordenação, que é a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”. Além desses, Starfield também define três atributos derivados: a orientação familiar, que resulta quando “a atenção integral considera o contexto familiar”, a orientação comunitária, que resulta quando o “conhecimento das necessidades requer o conhecimento do contexto social”, e a competência cultural, que envolve a “atenção às necessidades de uma população com características culturais especiais”.

Assim, utilizando esses atributos, a autora conceitua um serviço de APS pela presença dos quatro atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da atenção primária, sendo a atenção qualificada pela presença dos atributos derivados. A partir dessa definição, Starfield e colaboradores produziram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) cujo objetivo é medir a presença e a extensão de cada atributo da APS<sup>29</sup>. O instrumento produz escores para cada atributo e também os escores essencial e geral, possibilitando, assim, medir o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde<sup>29</sup>.

A partir dos anos 80, a pesquisa avaliativa de serviços e sistemas de saúde se consolidou como um importante tema de investigação, sobretudo em razão da crise vivenciada nos sistemas nacionais de saúde de muitos países. Nesse momento, a opinião do usuário foi colocada como aspecto determinante na avaliação da qualidade<sup>30</sup>. Para Serapioni<sup>30, 31</sup>, entretanto, a qualidade é resultado de um conjunto de fatores que o usuário, nem sempre está em condições de julgar. Por essa razão, o autor sustenta que a avaliação da qualidade da atenção deve fundamentar-se em um enfoque multidimensional, que implica o envolvimento

de diferentes atores, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores, com perspectivas próprias de avaliação e que devem ser integradas para avaliar a qualidade de um serviço.

A pesquisa avaliativa de serviços de saúde é fundamental para a “melhora contínua da qualidade da atenção e para possibilitar que a tomada de decisões sobre os serviços seja embasada em evidência”<sup>32</sup>. Takeda et al.<sup>33</sup> colocam ainda que avaliar a APS significa “avaliar os elementos que a constituem, as suas características únicas”, como por exemplo, “em que medida o primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação estão sendo alcançados?” No Brasil, estudos utilizando o PCATool, versão para profissionais de saúde, com o objetivo de avaliar serviços de APS e comparar a ESF com a UBS, foram realizados, evidenciando-se, que, de uma maneira geral, na percepção dos profissionais, a ESF apresenta melhor estrutura e processo de atenção em comparação com UBS<sup>34-38</sup>.

Em Porto Alegre, assim como em muitos municípios brasileiros, a rede pública de APS inclui serviços anteriores à ESF, quais sejam, a UBS, o Centro Saúde-Escola Murialdo (CSEM), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde, e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC), vinculado ao Hospital Nossa Senhora da Conceição, integrante do Grupo Hospitalar Conceição, que é uma instituição pública federal. A UBS e ESF são serviços pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde. A ESF iniciou em 1996, ano em que começou o processo de municipalização. O CSEM e o SSC caracterizam-se por serem centros formadores de recursos humanos, pioneiros no país, desde 1976 e 1980, respectivamente. As equipes da ESF são homogêneas, constituídas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, enquanto as equipes da UBS, CSEM e SSC são heterogêneas em relação ao número e à categoria profissional. Na UBS, a atenção médica é prestada por médicos internistas, pediatras e ginecologistas. No CSEM e SSC, a atenção médica é prestada por médicos de família e comunidade, sendo realizado apoio matricial por médicos de outras especialidades. A UBS e CSEM não possuem agentes comunitários de saúde, enquanto o SSC possui<sup>39</sup>. O acesso a exames complementares e à atenção secundária são mais amplos no CSEM e no SSC. No primeiro, existe cota adicional de exames pela Secretaria Estadual de Saúde e, no segundo, existe acesso a exames através do Grupo Hospitalar Conceição, em ambos existe acesso a algumas especialidades em atenção secundária através de via intrainstitucional<sup>39</sup>.

No que se refere à cobertura populacional de cada serviço, é possível afirmar, de maneira aproximada, que a ESF, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), cobre 21,73% da população do município<sup>40</sup> enquanto o CSEM cobre 4%, correspondendo a 52 mil pessoas<sup>41</sup>, o SSC cobre 9%, correspondendo a 120 mil pessoas<sup>42</sup>, e as UBS cobrem,

aproximadamente, 65% da população de Porto Alegre. Considerando ainda que a APS em Porto Alegre, assim como no Sistema de Saúde Brasileiro, é a porta de entrada obrigatória para o sistema, observa-se a enorme responsabilidade que esses serviços possuem em relação à atenção à saúde da população do município. Nesse contexto, também cresce a necessidade de avaliar o impacto, o processo e os resultados alcançados.

O presente estudo está inserido no projeto “A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre”<sup>43</sup>. Para avaliar a qualidade da atenção sobre a saúde do adulto, o projeto referido incluiu a medida da percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores e também de resultados alcançados. O presente estudo, por sua vez, utilizou a percepção dos profissionais de saúde e tem por objetivo comparar a percepção dos profissionais, médicos e enfermeiros, sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de APS de Porto Alegre.

## **METODOLOGIA**

Estudo transversal cuja população de pesquisa é constituída pelos profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde amostradas nos serviços de APS de Porto Alegre, incluindo a UBS, a ESF, o CSEM e o SSC.

Foram selecionadas aleatoriamente 50% das UBS e das unidades da ESF de cada Gerência Distrital do município. No período de realização deste estudo, compreendido entre julho de 2006 e agosto de 2007, a rede de APS de Porto Alegre era composta por 51 UBS e 82 equipes da ESF (equivalentes a 62 unidades de ESF), tendo sido amostradas 26 UBS e 31 unidades da ESF. No CSEM e SSC, compostos por 7 e 12 unidades respectivamente, todas as unidades foram selecionadas.

Foram incluídos todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades selecionadas que atendiam adultos e que cumpriam carga-horária maior ou igual a 20 horas semanais. Foram excluídos os profissionais que necessitavam obrigatoriamente de encaminhamento (referência) para atender. Da mesma forma, os profissionais que trabalhavam em duas unidades amostradas foram excluídos da segunda unidade onde iriam responder novamente. A amostra de profissionais foi constituída, portanto, por 181 profissionais na UBS, 88 na ESF, 23 no CSEM e 77 no SSC.

O fator em estudo são os serviços de atenção primária de Porto Alegre e o desfecho é a percepção dos médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto. Para a medida do desfecho foi utilizado o instrumento PCATool, versão para profissionais de saúde. O PCATool mede a presença e a extensão de cada um dos atributos da APS por meio de escala Likert (com certeza sim, provavelmente sim, provavelmente não, com certeza não e não sei/não lembro), possibilitando construir escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo. O instrumento avalia a estrutura e o processo de atenção a respeito de cada atributo da APS em um determinado serviço<sup>29</sup>. Para fins de análise, as respostas marcadas em “não sei/não lembro” foram consideradas “provavelmente não”<sup>44</sup>.

Para a produção dos escores dos atributos da APS, foram utilizados os itens validados na aplicação do PCATool aos usuários adultos dos serviços de APS de Porto Alegre, versão em “espelho” do PCATool aplicado aos profissionais. A validação do PCATool aplicada aos usuários adultos foi realizada por Harzheim et al.<sup>45</sup> em pesquisa de base populacional com amostragem de usuários adscritos às mesmas unidades de saúde selecionadas para esta pesquisa. Foram constituídos escores para os atributos essenciais, acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, e para os atributos derivados, orientação familiar e orientação comunitária. Com relação ao atributo coordenação, foram obtidos escores para os seus componentes separadamente, de maneira que o escore para coordenação sistemas de informações avaliou a estrutura envolvida com esse atributo e o escore para coordenação do cuidado, o processo. Da mesma forma para o atributo integralidade, o escore para integralidade serviços disponíveis mediu a estrutura dos serviços envolvida com esse atributo e o escore para integralidade serviços prestados, o processo. Os escores foram obtidos pela média aritmética dos itens que o compõem. Da mesma forma, foram constituídos os escores essencial e geral da APS, obtidos, respectivamente, pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e dos escores de todos os atributos.

O perfil dos profissionais foi verificado através de um questionário estruturado com questões sociodemográficas, relativas à formação acadêmica e à situação ocupacional. A satisfação dos profissionais foi medida em relação ao trabalho no serviço de saúde, ao apoio prestado pelo coordenador da equipe, ao relacionamento entre os membros da equipe e ao relacionamento entre a comunidade e o serviço de saúde. Também foi perguntado sobre a satisfação em relação à abordagem realizada, pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão e cardiopatia isquêmica. Para a medida da satisfação, foi utilizada escala Likert: cartão com faces expressando diferentes graus de satisfação, do maior (letra A) ao menor (letra E). Para fins de análise, foi considerado “satisfeito” o entrevistado que respondeu os

dois primeiros itens da escala Likert e foi considerado “insatisfeito” o entrevistado que respondeu os três últimos itens da escala, para qualquer uma das perguntas.

Todas as entrevistas foram agendadas por telefone e realizadas no local de trabalho dos profissionais, por entrevistadores treinados. O treinamento e o acompanhamento sistemático dos entrevistadores foram realizados pelo mesmo coordenador de campo.

Os questionários foram escaneados e as imagens, após verificação, foram convertidas para uma base de dados através do software *Teleform*, substituindo a dupla digitação. Inicialmente, todos os profissionais entrevistados tiveram os escores dos atributos da APS e também os escores essencial e geral calculados. Os escores de 1 a 4 foram transformados em escala de 0 a 10 através da seguinte fórmula:  $\text{escore de 0 a 10 do atributo X} = [\text{escore de 1 a 4 do atributo X} - 1 (\text{pontuação mínima})] \times 10 / 4 (\text{pontuação máxima}) - 1 (\text{pontuação mínima})$ . O escore igual ou maior a 6,6 foi considerado alto escore de APS, visto que, o referido ponto de corte, equivale, na escala de 1 a 4, ao escore 3. Foi realizada análise descritiva das variáveis sociodemográficas, relativas à formação acadêmica, ocupacionais e de satisfação. As variáveis contínuas são apresentadas por meio de suas médias e desvios-padrão e as categóricas, através das suas proporções. Para as análises descritas, foi utilizado o software SPSS 17.0.

Os escores médios de cada atributo da APS por tipo de serviço foram estimados através da metodologia de modelo misto<sup>46</sup>. A aplicação desse método teve como objetivo considerar as características da amostra, na qual as unidades de saúde estão aninhadas ao respectivo serviço. Nesse modelo, considerou-se o tipo de serviço, o efeito fixo, e as unidades de saúde dentro de cada tipo de serviço, o efeito aleatório. Dessa forma, considera-se a variabilidade das informações dentro das unidades e também entre as unidades para estimar o efeito do tipo de serviço. Além disso, ao contemplar efeitos aleatórios, permite inferir os resultados para a população inteira<sup>47</sup>. No caso da suposição de dados com distribuição normal não satisfeita (os componentes integralidade serviços prestados e coordenação sistemas de informações e o atributo orientação familiar), optou-se pela classe de modelos conhecida como modelos lineares generalizados, na qual são permitidos os ajustes de efeito fixo com dados que não sejam de distribuição normal. Esses modelos, ao serem estendidos para o ajuste de modelos mistos, são chamados modelos lineares generalizados mistos e também permitem incorporar efeitos aleatórios<sup>48</sup>. Para a comparação dos escores de APS entre os quatro serviços avaliados, foi utilizado o teste de comparação múltipla de Tukey. Essas análises foram realizadas através do software SAS 9.1, utilizando os procedimentos Mixed e Glimmix<sup>49</sup>.

O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparação entre proporções seguido, quando necessário, do teste de comparação múltipla<sup>50</sup>. Além disso, para a identificação das variáveis que, no nível do profissional, estão associadas com o alto escore geral da APS, utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta, sendo apresentada como medida de efeito a razão de prevalência (RP) com seus intervalos de confiança (IC). No modelo multivariável, foram incluídas, inicialmente, as variáveis independentes que se mostraram, individualmente, associadas ao alto escore geral de APS com valor- $p < 0,20$ . Posteriormente, foram sendo excluídas as variáveis com os maiores valores- $p$ , de maneira que permaneceram, no modelo final, apenas as variáveis com valores- $p < 0,05$ . Essas análises foram realizadas no STATA 9, utilizando os comandos escritos pelo menu *survey* (svy), usados para o controle do efeito de cluster através do método de linearização de Taylor<sup>51</sup>. Dessa maneira, pode-se incorporar correções nas estimativas de variabilidade, permitindo a adequação da análise ao plano amostral. Foi adotado o nível de significância de 5% para todas as análises estatísticas.

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de todas as instituições envolvidas no estudo. Somente foram realizadas as entrevistas com os profissionais que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Do total previsto de 369 profissionais médicos e enfermeiros incluídos, foram realizadas 340 entrevistas, observando-se 29 perdas, o que caracteriza 7,9% da amostra. Foi considerada “perda” a entrevista não realizada por razão de recusa, troca de unidade, afastamento por motivo de saúde ou demissão. Na UBS, observou-se 11% de perdas, na ESF, 3,4%, no CSEM, 4,3% e no SSC, 6,5%.

Na Tabela 1, é apresentado o perfil dos profissionais por tipo de serviço. Observa-se que o perfil dos profissionais da ESF é, de maneira geral, diferente dos outros três serviços. Na ESF, os profissionais médicos e enfermeiros, em média, são mais jovens, apresentam menor tempo de formado, há uma menor proporção de profissionais com especialidade, menor tempo de trabalho no serviço e também na unidade de saúde, maior carga-horária semanal no serviço e maior número de consultas semanais atendidas. Na ESF, esses profissionais são, também, em maior proporção, coordenadores das unidades.

A maioria dos entrevistados referiram cor da pele/raça branca, proporções, na UBS, ESF, CSEM e SSC, respectivamente, de 89,4%, 87,1%, 100% e 88,9%. Em relação à proporção de médicos e enfermeiros na amostra, na ESF 51,8% são médicos, UBS, CSEM e SSC apresentaram diferença maior entre as proporções desses profissionais, com, respectivamente, 77%, 68,2% e 59,7% de médicos. Sobre o tipo de vínculo empregatício, na UBS, 96,3% são funcionários públicos estatutários e somente 3,1% são celetistas e 0,6% assinam contrato temporário. A segunda maior proporção de funcionários públicos estatutários está no CSEM, 36,4%, sendo que 59,1% são celetistas e 4,5% assinam contrato temporário. Na ESF e SSC, respectivamente, a maioria dos profissionais são celetistas, 96,5% e 95,8%, sendo que 1,2% e 2,8% são funcionários públicos estatutários e 2,4% e 1,4% assinam contrato temporário. Importante também destacar que, excetuando a ESF, os profissionais apresentam o mesmo tempo médio de tempo de trabalho no serviço, variando entre 11 anos na UBS a 11,8 anos no SSC, notando-se, contudo, menor tempo médio e maior variação entre os serviços em relação ao tempo de trabalho na unidade, de 6,5 anos no CSEM a 8,4 anos no SSC.

No que se refere à formação acadêmica, 100% dos profissionais no CSEM e SSC, 90,7% na UBS e 67,1% na ESF possuem especialidade. No entanto, a UBS apresenta a menor proporção de especialistas na área de APS, considerados, neste estudo, os médicos com residência ou prova de título em Medicina de Família e Comunidade ou especialização em Saúde da Família e os enfermeiros com residência ou especialização em Enfermagem Comunitária ou especialização em Saúde da Família, ou seja, somente 14,2%, enquanto na ESF, CSEM e SSC, 33%, 59,1% e 68%, respectivamente, são especialistas na área. Entre os médicos da UBS, apenas 16,9% são Médicos de Família e Comunidade e nenhum possui especialização em Saúde da Família. Na ESF, existe uma maior proporção de Médicos de Família e Comunidade, 43,2%, e também de médicos com especialização em Saúde da Família, 4,5%. Destaca-se a maior proporção de Médicos de Família e Comunidade no CSEM, 86,7%, e no SSC, 95,3%, mas com nenhum médico com especialização em Saúde da Família no CSEM e 2,3%, no SSC. Entre os enfermeiros, mostra-se uma menor proporção de especialistas em APS, na UBS, ESF, CSEM e SSC, respectivamente, 2,7%, 2,4%, 0%, 17,2% possuem residência ou especialização em Enfermagem Comunitária/Saúde da Família e 2,7%, 14,6%, 0%, 6,9% especialização em Saúde da Família. Sobre a oferta de educação continuada, destaca-se o SSC, 100% dos profissionais referiram essa oferta.

Na Tabela 2, são apresentados os escores dos atributos da APS, os escores essencial, geral e a comparação entre os tipos de serviço. Observa-se que os escores essencial e geral



atribuídos à ESF, ao CSEM e ao SSC são significativamente maiores do que os escores atribuídos à UBS. O SSC apresenta também escores essencial e geral, significativamente maiores do que os atribuídos à ESF e ao CSEM. Com relação a esses escores, não houve diferença significativa entre ESF e CSEM.

Sobre os atributos e/ou seus componentes, em comparação com UBS, escores significativamente maiores foram atribuídos à ESF no acesso de primeiro contato, na integralidade serviços prestados e na orientação comunitária e ao CSEM, na integralidade serviços disponíveis, na integralidade serviços prestados e na orientação comunitária. Comparando-se ESF e CSEM, notou-se diferença significativa apenas na integralidade serviços disponíveis a favor do CSEM. No SSC, em comparação com UBS, escores significativamente maiores foram observados em todos os atributos, com exceção da coordenação sistemas de informações. Em comparação com ESF, diferença significativa foi observada na longitudinalidade, integralidade serviços disponíveis e orientação comunitária e, em comparação com CSEM, na integralidade serviços disponíveis e orientação comunitária.

Importante destacar que a UBS apresentou, na comparação entre ESF, UBS, CSEM e SSC, em todos os atributos, com exceção do componente coordenação do cuidado, os menores escores e o SSC apresentou, em todos os atributos, os maiores escores. Nos quatro serviços, os escores mais baixos foram atribuídos ao acesso de primeiro contato e os mais altos, à coordenação sistemas de informações e à orientação familiar. A coordenação sistemas de informações foi o único componente cujos escores não apresentaram diferença significativa entre os quatro serviços.

Na Tabela 3, são apresentadas as proporções de profissionais médicos e enfermeiros que atribuíram baixo e alto escore, essencial e geral de APS, por tipo de serviço, através de escores categóricos. No SSC, podem ser observadas as maiores proporções de alto escore essencial e geral de APS atribuídos, enquanto na UBS, as menores. Na UBS, a maioria dos profissionais, 54%, atribuíram baixo escore essencial e 46%, baixo escore geral de APS ao serviço. ESF e CSEM, em comparação com UBS, mostraram maiores percentuais de alto escore essencial e geral de APS e, em comparação com SSC, menores. Embora a ESF, em comparação com CSEM, tenha mostrado maiores percentuais de alto escore essencial e geral de APS, os valores são bastante próximos.

Na Tabela 4, podemos observar as variáveis que apresentaram, no modelo univariável, valor- $p < 0,20$ . As variáveis “sexo”, se o entrevistado “possui especialidade”, “consultas semanais atendidas no serviço de saúde” e se o entrevistado é “coordenador(a) da unidade” apresentaram valor- $p > 0,20$ .

No modelo multivariável, foram incluídas, inicialmente, as variáveis que apresentaram, individualmente, valor- $p < 0,20$ , sendo, posteriormente, excluídas aquelas com os maiores valores- $p$ , permanecendo apenas as que se associaram significativamente, considerando valor- $p < 0,05$ , com a prevalência de alto escore geral. Entre as variáveis “tempo de formado” e “idade” verificou-se correlação ( $r=0,91$ , valor- $p < 0,001$ ), optando-se por incluir, no modelo, apenas o “tempo de formado”, pois esteve associado com a prevalência de alto escore geral atribuído por profissionais em estudo de Cunha et al.<sup>35</sup>. Da mesma forma, entre as variáveis “tempo de trabalho no serviço de saúde (em anos)” e “tempo de trabalho na unidade de saúde (em anos)” observou-se correlação ( $r=0,78$ , valor- $p < 0,001$ ), optando-se por incluir, no modelo, apenas o “tempo de trabalho no serviço de saúde (em anos)”. Como resultado do modelo multivariável, pode-se verificar que apenas as variáveis “especialidade na área de APS”, “oferta de educação continuada pelo serviço” e “carga horária semanal no serviço de saúde” associaram-se com o aumento da prevalência de alto escore geral atribuído, pelos profissionais, à atenção à saúde do adulto.

Na Tabela 5, são apresentadas as proporções de profissionais médicos e enfermeiros satisfeitos com o trabalho e com a abordagem realizada aos pacientes por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre. Observa-se que, no SSC, encontra-se a maior proporção de satisfeitos com o trabalho, e no CSEM, a menor. A diferença entre as proporções de satisfeitos com o trabalho no SSC e UBS e no SSC e CSEM são significativas. A ESF mostra a segunda maior proporção, sendo a diferença entre ESF e CSEM também significativa. As proporções de satisfeitos com o coordenador, com o relacionamento entre os membros da equipe e com a comunidade não mostraram diferenças significativas entre os quatro tipos de serviço.

Com relação à satisfação com a abordagem, realizada pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão, cardiopatia isquêmica, a ESF mostrou as maiores proporções de satisfeitos com as três abordagens e o CSEM, as menores. A diferença entre as proporções de satisfeitos com a abordagem aos diabéticos na ESF e UBS e na ESF e CSEM e com a abordagem aos hipertensos na ESF e UBS são significativas.

A associação entre a percepção de alto escore geral e a satisfação com o trabalho foi verificada através de um teste de correlação linear simples. O resultado mostra uma correlação fraca, mas positiva e significativa ( $r=0,26$ , valor- $p < 0,001$ ). Foi observado também significância estatística entre a percepção de alto escore geral e a satisfação com o relacionamento com a comunidade ( $r=0,23$ , valor- $p < 0,001$ ), com a abordagem a pacientes diabéticos ( $r=0,34$ , valor- $p < 0,001$ ), a pacientes hipertensos ( $r=0,33$ , valor- $p < 0,001$ ) e a

pacientes cardiopatas isquêmicos ( $r=0,34$ , valor- $p<0,001$ ). Não se encontrou significância estatística na correlação entre a percepção de alto escore geral e a satisfação com o coordenador ( $r=0,12$ , valor- $p=0,051$ ) e com o relacionamento entre os membros da equipe ( $r=0,06$ , valor- $p=0,233$ ).

## DISCUSSÃO

O SSC, em comparação aos três serviços, mostrou os maiores escores em todos os atributos, resultando em escores essencial e geral significativamente superiores à UBS, à ESF e ao CSEM. O CSEM também mostrou escores essencial e geral significativamente maiores aos atribuídos à UBS, contudo não se evidenciaram diferenças significativas com relação à ESF. SSC e CSEM são serviços pioneiros no país e centros formadores de recursos humanos para APS. O CSEM, porém, encontra-se em processo de municipalização, que iniciou antes do trabalho de campo do presente estudo e continua em trâmite, de maneira que as suas unidades vêm sendo convertidas em unidades da ESF. De fato, na percepção dos profissionais, CSEM e ESF apresentam o mesmo grau de orientação à APS, não somente por não apresentarem diferença significativa com relação aos escores essencial e geral, mas também por não apresentarem diferença significativa em nenhum atributo, com exceção ao componente integralidade serviços disponíveis.

A ESF apresentou escores essencial e geral significativamente maiores do que os atribuídos à UBS. Importante observar que o perfil dos profissionais da ESF encontrado é semelhante ao apresentado em estudos realizados em outros estados e regiões do Brasil<sup>52-54</sup>. Nesses estudos, também evidenciou-se que, na ESF, os profissionais médicos e enfermeiros, de maneira geral, são mais jovens, apresentam menor tempo de formado e menor tempo de trabalho no serviço, de maneira que também observa-se, nesses estudos, baixa proporção de profissionais com especialidade (formação acadêmica). Entretanto, apesar de apresentar a menor proporção de profissionais com especialidade, em comparação com os outros três tipos de serviços avaliados, os médicos e enfermeiros da ESF informaram possuir especialização na área de APS em proporção que alcançou o dobro da informada pelos profissionais da UBS, sendo esse resultado também encontrado no estudo de Tomasi et al.<sup>54</sup> Destaca-se, ainda, que a ESF apresentou a segunda maior proporção de oferta referida de educação continuada. O fato de que na ESF, em comparação com os outros serviços, os profissionais médicos e

enfermeiros são, em maior proporção, os coordenadores das unidades, pode ser compreendido em razão de que, essas equipes, são menores, constituídas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, de maneira que mais facilmente os médicos ou os enfermeiros podem ocupar o cargo de coordenador. Nos demais serviços avaliados, as equipes são maiores e heterogêneas, fazendo parte das equipes outros profissionais de nível superior que podem igualmente assumir o cargo de coordenador. A UBS, em comparação aos três serviços, mostrou, com exceção ao componente coordenação do cuidado, os menores escores em todos os atributos. Esse resultado evidencia que, na percepção dos profissionais, a UBS apresenta a menor orientação à APS.

Os atributos e/ou seus componentes que se mostraram mais sensíveis para identificar as diferenças entre os serviços foram integralidade serviços disponíveis, integralidade serviços prestados e orientação comunitária. Na integralidade serviços disponíveis, o SSC diferenciou-se de todos e o CSEM, da ESF e UBS, na integralidade serviços prestados o SSC, o CSEM e a ESF diferenciaram-se da UBS e, na orientação comunitária, o SSC diferenciou-se de todos, o CSEM e a ESF, da UBS. Esses atributos e/ou seus componentes avaliam a estrutura e o processo envolvidos, respectivamente, no reconhecimento e na atenção às necessidades de saúde e no trabalho no território e com a comunidade.

O componente coordenação sistemas de informações apresentou escores altos em todos os serviços, sem significância estatística entre eles. Essa observação é também evidenciada em outros estudos comparativos que utilizaram o PCATool<sup>34-38</sup>, versão profissionais de saúde, e pode acontecer em parte, porque a avaliação desse atributo envolve a relação da APS com outros níveis de atenção. Dessa maneira, embora existam diferenças entre ESF, UBS, CSEM e SSC em relação, por exemplo, ao registro e à organização de prontuários, ao acesso a algumas especialidades em atenção secundária e à atenção terciária, os quatro serviços estão inseridos em um mesmo sistema de saúde municipal, sujeitos, em parte, às mesmas condições de relação entre os níveis de atenção, resultando em que possíveis diferenças entre os serviços não sejam captadas pelo instrumento.

A ESF, em comparação com UBS, apresenta maiores escores em todos os atributos, mas, assim como mostram os estudos de Chomatas et al.<sup>34</sup>, Ibañez et al.<sup>36</sup> e Stralen et al.<sup>38</sup>, diferença significativa foi encontrada nos escores acesso de primeiro contato, integralidade e orientação comunitária. No entanto, a diferença também evidenciada nas pesquisas referidas e no estudo de Macinko et al.<sup>37</sup> acerca dos atributos longitudinalidade e orientação familiar não foi encontrada neste estudo. Da mesma forma, Cunha et al.<sup>35</sup>, em estudo comparativo entre ESF e UBS, realizado na região sul de Porto Alegre, para avaliação da atenção à saúde

infantil, evidenciaram, na percepção dos profissionais, diferença significativa nos escores acesso de primeiro contato e orientação comunitária a favor da ESF. No referido estudo, porém, observou-se diferença na orientação familiar e não na integralidade.

Na UBS, os baixos escores evidenciados nos atributos acesso de primeiro contato e orientação comunitária mostram que, nesse serviço, existe não só uma maior dificuldade de acesso, mas também uma maior dificuldade de trabalho no território e com a comunidade. Existe, portanto, de maneira mais acentuada na UBS, conforme a percepção dos profissionais, uma tendência a limitar a atenção à consulta ambulatorial. Nota-se na UBS, porém, que escores altos são atribuídos à orientação familiar, o que indica existir, na percepção dos profissionais, abordagem familiar.

Na análise multivariável, possuir “especialidade na área de APS”, “oferta de educação continuada” e “carga horária semanal no serviço de saúde” mantiveram-se significativas, elevando a prevalência de alto escore geral. Conforme os resultados apresentados, possuir “especialidade na área de APS” aumenta em 26% a prevalência de alto escore geral e o profissional referir a “oferta de educação continuada” aumenta em 67% a mesma prevalência. Chomatas et al.<sup>34</sup>, em pesquisa realizada no município de Curitiba, que utilizou o PCATool, versão profissionais de saúde, para avaliar a ESF e UBS, evidenciaram, no modelo multivariável, que possuir “formação em medicina de família ou enfermagem comunitária” também associou-se com o aumento da prevalência de alto escore geral da APS. No que se refere à variável “oferta de educação continuada” pelo serviço, sabemos pela pesquisa de Kolling et al.<sup>55</sup>, que avaliou a percepção de médicos e enfermeiros da ESF de 32 municípios do interior do Rio Grande do Sul, participantes do Projeto Telessaúde, através do PCATool, versão profissionais de saúde, que a percepção de capacidade em habilidades específicas da APS, incluindo trabalho multidisciplinar, visita domiciliar, abordagem familiar e comunitária, associou-se significativamente com alto escore geral de APS atribuído. Segundo os autores, os resultados encontrados sugerem que o treinamento em habilidades específicas da APS pode ser útil para atingir maior orientação dos profissionais à APS. Com relação, ainda, aos resultados apresentados na Tabela 4, pode-se observar que o aumento da “carga horária semanal no serviço de saúde” associa-se com o aumento da prevalência de alto escore geral. Esse resultado favorece o serviço ESF, pois, no referido serviço, encontra-se a maior carga horária semanal média.

Podemos, entretanto, reconhecer limitações neste estudo. Inicialmente, existe uma possibilidade do tamanho amostral de profissionais na ESF e no CSEM ter influenciado negativamente o poder nas análises comparativas entre esses serviços e também em relação à

UBS. No entanto, é importante destacar que ESF e CSEM mostraram escore geral de APS significativamente maior ao atribuído à UBS. O instrumento PCATool, por sua vez, também apresenta limitações. A primeira é considerar, para o cálculo dos escores essencial e geral, que os atributos tenham os mesmos “pesos” na medida da orientação à APS. Os resultados apresentados neste estudo sugerem, por exemplo, que, entre os atributos essenciais, a integralidade possa receber um “peso” maior ao ser colocado sobre a coordenação em estudos comparativos entre serviços de APS de um mesmo sistema municipal de saúde. A segunda reside em utilizar apenas a percepção dos atores envolvidos na atenção como critério avaliador, não incorporando, por exemplo, a avaliação técnica do serviço prestado. Por último, esta é uma pesquisa avaliativa, transversal, sujeita às limitações próprias desse tipo de delineamento. A primeira é que os resultados da pesquisa avaliativa de serviços devem ser discutidos mediante a realidade local dos serviços, apresentando, portanto, como limitação, a validade externa. A segunda é a impossibilidade de inferência causal por razão de causalidade reversa. Dessa forma, por exemplo, a correlação encontrada entre a percepção de alto escore geral e a satisfação com o trabalho evidencia que as duas variam juntas, de maneira que não se pode afirmar se a percepção de alto escore faz com que o profissional fique mais satisfeito ou se o profissional por estar mais satisfeito atribua alto escore geral à atenção prestada pelo serviço.

O presente estudo pode ser entendido como uma parte do processo avaliativo dos serviços, estando incluído, como já mencionado, em um projeto que utiliza também a percepção de outros atores, usuários e gestores, e os resultados alcançados. Esta pesquisa, por ter sido realizada com os profissionais das mesmas unidades avaliadas pelos usuários e ter utilizado os itens validados no instrumento aplicado aos usuários, oferece uma particular possibilidade de comparação entre a percepção de profissionais e usuários sobre a qualidade da atenção prestada pelos serviços. A importância de se considerar, por exemplo, a percepção de outros atores, é observada nos estudos que utilizam o PCATool, versão aplicada a profissionais de saúde e usuários. Quando a percepção dos usuários foi utilizada evidenciou-se também que a ESF apresenta melhor estrutura e processo de atenção em comparação com UBS, mas, que, de modo geral, os escores atribuídos à APS tendem a ser maiores na percepção dos profissionais de saúde<sup>36-38, 56-58</sup>. Por exemplo, um estudo avaliativo realizado na ESF de Amparo, São Paulo, utilizando o PCATool<sup>57</sup>, mostrou que o atributo orientação familiar apresentou, na percepção dos profissionais, o segundo escore mais alto (no presente estudo o escore orientação familiar apresentou o maior escore atribuído ao SSC e o segundo maior escore atribuído à UBS, à ESF e ao CSEM), porém, na percepção dos usuários, o

escore mais baixo, observando-se, portanto, em comparação com todos os outros atributos, a maior diferença entre as percepções de profissionais e usuários. Também foi evidenciado o contrário, ou seja, em três estudos citados anteriormente<sup>38, 56, 57</sup>, o acesso foi pior avaliado pelos profissionais de saúde. Considerando que no presente estudo, o acesso apresentou, em todos os serviços avaliados, os escores mais baixos, a percepção dos usuários contribuirá com a perspectiva de quem, de fato, necessita e experimenta acessar esses serviços.

Por essa razão, de acordo com Serapioni<sup>30</sup>, a “avaliação multidimensional é um processo, resultando, muitas vezes, na identificação de conflitos, no entendimento de situações em que o aumento de um aspecto da qualidade pode prejudicar outro e na busca da solução dos conflitos através do envolvimento dos diferentes atores.” Dessa forma, pode-se a partir de uma contradição observada entre a percepção dos atores envolvidos, buscar caminhos para uma “área de mediação”, como proposto por Atkinson<sup>59</sup>. Este autor indicou que os conflitos entre as perspectivas de profissionais e usuários são decorrentes de divergências entre modelos explanatórios de saúde, podendo ser resolvidos por meio de treinamento e educação. Em vista disso, no caso da diferença entre as percepções de profissionais e usuários sobre a orientação familiar, observada no estudo de Pimenta et al.<sup>57</sup>, podemos perguntar se o alto escore atribuído pelos profissionais de saúde é consequência do conhecimento, apenas teórico, dos profissionais sobre a orientação familiar na ESF ou se o baixo escore atribuído pelos usuários é consequência da baixa percepção dos usuários em relação à abordagem familiar realmente praticada no serviço, neste caso, através de metodologia não percebida pelos usuários.

## CONCLUSÕES

Por fim, podemos concluir com este estudo que, na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, a qualidade da atenção à saúde do adulto é diferente entre os serviços de APS de Porto Alegre. Conforme a percepção dos profissionais, a UBS apresenta o menor grau de orientação à APS, o SSC apresenta o maior e não há diferença entre o grau de orientação à APS entre CSEM e ESF. É importante observar também que todos os serviços possuem, na percepção dos profissionais, atributos que precisam ser melhorados. Por exemplo, o acesso de primeiro contato foi o atributo que recebeu os menores escores em todos os serviços, de maneira que investir na estrutura e no processo de atenção em relação a esse

atributo, na percepção de médicos e enfermeiros, deve ser uma prioridade para a qualificação da APS no município. Da mesma forma, as variáveis possuir “especialidade na área de APS” e “oferta de educação continuada” associaram-se com a prevalência de alto escore geral, evidenciando, assim, que o investimento na formação profissional especializada em APS é uma estratégia de qualificação da atenção. Outra estratégia de qualificação da atenção é o aumento da carga horária semanal de trabalho dos profissionais, visto que a variável “carga horária semanal no serviço de saúde” esteve associada com o aumento da prevalência de alto escore geral. A satisfação também se apresenta como um indicador relevante, por exemplo, a baixa satisfação com o trabalho e com a abordagem aos pacientes diabéticos, hipertensos e cardiopatas isquêmicos observada no CSEM pode indicar problemas não só na estrutura, no processo ou nos resultados do serviço, mas também em questões mais gerais relacionadas ao trabalho. Esse resultado sinaliza um problema que precisa de cuidadosa atenção por parte dos gestores do referido serviço.

Os resultados apresentados neste estudo possuem importantes implicações para as políticas públicas de atenção à saúde no município. Em relação aos serviços gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, ESF e UBS, observamos que, na percepção dos profissionais, a ESF, em comparação à UBS, apresenta significativamente maior grau de orientação à APS. No entanto, a UBS é responsável pela atenção de, aproximadamente, 65% da população de Porto Alegre, o que significa que mais da metade da população do município recebe atenção, na percepção dos profissionais, com o menor grau de orientação à APS. Dessa forma, a ampliação da cobertura da ESF mostra-se como uma estratégia para a qualificação da atenção. Além disso, para qualificar ainda mais a atenção, é necessário investir na ESF, principalmente, conforme os resultados apresentados, na qualificação do acesso e na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área de APS e a instituição de um programa de educação continuada, de qualidade, que, principalmente, alcance todos os profissionais.

#### Colaboradores

Rodrigo Caprio Leite de Castro participou da concepção do estudo, revisão da literatura, coordenação do trabalho de campo, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto.

Daniela Riva Knauth participou da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.



Erno Harzheim participou da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.

#### Agradecimentos

Às agências financiadoras Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs).

**Tabela 1** – Perfil dos profissionais médicos e enfermeiros por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre.

Variáveis	Totais			
	% ou média (dp)			
	UBS n=161	ESF n=85	CSEM n=22	SSC n=72
<b>Sociodemográficas</b>				
Idade (em anos)	46,2 (8,9)	38,6 (9,6)	42,3 (8,4)	43,9 (8,3)
Sexo				
Masculino	32,9	22,4	13,6	30,6
Feminino	67,1	77,6	86,4	69,4
<b>Formação acadêmica</b>				
Tempo de formado (em anos)	20 (8,9)	11 (8,4)	15,6 (7,9)	18,7 (8,0)
Possui especialidade	90,7	67,1	100	100
Especialidade				
Na área de APS*	14,2	33	59,1	68
Outras	76,5	34,1	40,9	32
<b>Ocupacionais</b>				
Número de locais de trabalho	2,3 (1,0)	1,4 (0,7)	2,0 (0,7)	1,6 (0,7)
Tempo de trabalho no serviço de saúde (em anos)	11 (8,7)	3,3 (2,8)	11,2 (7,4)	11,8 (7,7)
Tempo de trabalho na unidade de saúde (em anos)	8,0 (7,9)	1,9 (1,7)	6,5 (4,1)	8,4 (7,4)
Carga-horária semanal no serviço de saúde	29 (8,2)	38,1 (5,7)	27 (7,7)	34,4 (3,8)
Consultas semanais atendidas no serviço de saúde	58,4 (24,6)	74,7 (36,3)	49 (35,4)	49,4 (29,6)
Coordenador(a) da unidade	9,3	36,5	18,2	9,7
<b>Educação continuada</b>				
Oferta de educação continuada pelo serviço	72	84,7	72,7	100

UBS = Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, ESF = Estratégia Saúde da Família, CSEM = Centro Saúde Escola Murialdo, SSC = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

\* Medicina de Família e Comunidade (residência ou prova de título), para médicos, ou Enfermagem Comunitária (residência ou especialização), para enfermeiros, ou Saúde da Família (especialização), para ambas categorias.

**Tabela 2** – Comparação dos escores dos atributos da APS, atribuídos pelos profissionais médicos e enfermeiros, entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre.

Atributos da APS	Escore (0 – 10)			
	UBS n=161	ESF n=85	CSEM n=22	SSC n=72
Acesso de primeiro contato	3,56	4,19*	3,92	4,33*
Longitudinalidade	6,50	6,70	6,80	7,36*
Integralidade serviços disponíveis	6,29	6,50	7,29*	8,30*
Integralidade serviços prestados	7,14	8,20*	8,45*	8,46*
Coordenação do cuidado	6,92	7,17	6,59	7,45*
Coordenação sistemas de informações	8,85	8,93	8,96	9,10
Orientação familiar	8,25	8,83	8,96	9,38*
Orientação comunitária	5,54	6,75*	7,42*	8,73*
Escore Essencial de APS	6,57	6,98*	6,99*	7,52*
Escore Geral da APS	6,65	7,19*	7,27*	7,91*

UBS = Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, ESF = Estratégia Saúde da Família, CSEM = Centro Saúde Escola Murialdo, SSC = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

\* Significância pelo Teste de Tukey, em comparação com UBS, valor-p < 0,05.

**Tabela 3** – Proporção de profissionais médicos e enfermeiros que atribuíram baixo e alto escore, essencial e geral, por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre.

Serviços de APS de Porto Alegre (n)	Escore Essencial da APS*		Escore Geral da APS*	
	% (n)		% (n)	
	baixo escore	alto escore	baixo escore	alto escore
UBS (161)	54 (87)	46 (74)	47,2 (76)	52,8 (85)
ESF (85)	28,2 (24)	71,8 (61)	22,3 (19)	77,7 (66)
CSEM (22)	31,8 (7)	68,2 (15)	27,3 (6)	72,7 (16)
SSC (72)	8,3 (6)	91,7 (66)	2,8 (2)	97,2 (70)
valor-p**		<0,001		<0,001

UBS = Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, ESF = Estratégia Saúde da Família, CSEM = Centro Saúde Escola Murialdo, SSC = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

\* O escore de APS maior ou igual a 6,6, em uma escala de 0 a 10, é considerado alto escore.

\*\* Teste  $\chi^2$  de Pearson.

**Tabela 4** – Variáveis associadas ao alto escore geral da atenção primária atribuído pelos profissionais médicos e enfermeiros à atenção à saúde do adulto.

Variáveis	Modelo Univariável*			Modelo Multivariável*		
	RP	IC 95%	valor-p	RP	IC 95%	valor-p
Profissão						
Médico	1,00					
Enfermeiro	1,11	0,97 - 1,26	0,116			
Sociodemográficas						
Idade <sup>1</sup>	0,99	0,98 - 1,00	0,015			
Formação acadêmica						
Tempo de formado	0,99	0,98 - 1,00	0,014			
Especialidade						
Outras/Não possui	1,00					
Na área de APS**	1,32	1,14 - 1,53	<0,001	1,26	1,11 - 1,43	<0,001
Ocupacionais						
Número de locais de trabalho	0,88	0,82 - 0,95	0,002			
Tempo de trabalho no serviço de saúde (em anos)	0,99	0,98 - 1,00	0,172			
Tempo de trabalho na unidade de saúde (em anos) <sup>2</sup>	0,99	0,97 - 1,01	0,170			
Carga-horária semanal no serviço de saúde	1,02	1,01 - 1,02	0,001	1,01	1,00 - 1,02	0,006
Educação continuada						
Oferta de educação continuada pelo serviço						
Não/Não sei	1,00					
Sim	1,80	1,30 - 2,50	<0,001	1,67	1,23 - 2,28	0,001

UBS = Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, ESF = Estratégia Saúde da Família, CSEM = Centro Saúde Escola Murialdo, SSC = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

\* Regressão de Poisson com variância robusta.

\*\* Medicina de Família e Comunidade (residência ou prova de título), para médicos, ou Enfermagem Comunitária (residência ou especialização), para enfermeiros, ou Saúde da Família (especialização), para ambas categorias.

1 Não incluída no modelo multivariável por apresentar correlação com “tempo de formado” (r=0,91, valor-p<0,001).

2 Não incluída no modelo multivariável por apresentar correlação com “tempo de trabalho no serviço de saúde (em anos)” (r=0,78, valor-p<0,001).

**Tabela 5** – Proporção de profissionais médicos e enfermeiros satisfeitos com o trabalho e com a abordagem realizada aos pacientes por tipo de serviço de atenção primária de Porto Alegre.

Serviços de APS de Porto Alegre (n)	Satisfação com o(a)*				Satisfação com a abordagem aos pacientes com*		
	% (n)				% (n)		
	trabalho <sup>1</sup>	coordenador	equipe	comunidade	diabetes <sup>2</sup>	hipertensão <sup>3</sup>	cardiopatia
UBS (161)	62,7 (101)	75,3 (110)	79,5 (128)	72,7 (117)	60,6 (97)	69,4 (111)	53,8 (86)
ESF (85)	77,7 (66)	87 (47)	85,9 (73)	76,5 (65)	82,4 (70)	84,7 (72)	70,6 (60)
CSEM (22)	40,9 (9)	83,3 (15)	81,8 (18)	63,6 (14)	50 (11)	59,1 (13)	50 (11)
SSC (72)	87,5 (63)	87,7 (57)	84,7 (61)	80,6 (58)	73,2 (52)	80,3 (57)	70,4 (50)
valor-p**	<0,001	0,142	0,683	0,614	0,014	0,024	0,063

UBS = Unidades Básicas de Saúde Tradicionais, ESF = Estratégia Saúde da Família, CSEM = Centro Saúde Escola Murialdo, SSC = Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

\* Proporção de respostas A e B (satisfeitos) em uma escala Likert de cinco faces.

\*\* Teste  $\chi^2$  de Pearson.

1 SSC difere de UBS e CSEM, ESF difere de CSEM, valor-p<0,05.

2 ESF difere de UBS e CSEM, valor-p<0,05.

3 ESF difere de UBS, valor-p<0,05.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
2. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(5):951-63.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.
4. Parchman M, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*. 1994; 39:123-8.
5. Villalbí J, Guarga A, Pasarín M, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Aten Primaria*. 1999; 24(8):468-74.
6. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4):275-84.
7. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services*. 2000; 30(3):541-55.
8. Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24:252-54.
9. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research*. 2003; 38(3):831-65.
10. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-22.
11. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:374-80.
12. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine*. 2005; 61:65-75.
13. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Services*. 1998; 28(4):777-91.
14. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60:201-18.

15. Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low and middle income countries. *J Ambulatory Care Manage.* 2009; 32(2):150-71.
16. Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Publica.* 2004; 15(2):94-103.
17. Moore D, Castillo E, Richardson C, Reid R. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98. *International Journal of Health Planning and Management.* 2003; 18(4):279-92.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [citado 04mai2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)
20. Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60:13-9.
21. Aquino R, Oliveira N, Barreto M. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. *Am J Public Health.* 2008; 99:87-93.
22. Bezerra Filho J, Kerr L, Miná D, Barreto M. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública.* 2007; 23(5):1173-1185.
23. Macinko J, Souza M, Guanais F, Simões C. Going to scale with community based primary care an analysis of the family health program and infant mortality in brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine.* 2007; 65:2070-80.
24. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Teixeira V, Silveira D, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1):S159-S72.
25. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Silveira E, Siqueira F, Rodrigues M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):669-81.
26. Piccini R, Facchini L, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.
27. Roncalli A, Lima K. Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):713-24.
28. Rocha P, Uchoa A, Rocha N, Souza E, Rocha M, Pinheiro T. Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1):S69-S78.



29. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
30. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamentos para um modelo multidimensional e correlacional. In: Bosi ML, Mercado F, editores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
31. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. Saúde em Debate. 1999; 23(53):81-92.
32. Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2003; 31(6):382-5.
33. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):564-76.
34. Chomatas E, Vigo Á, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
35. Cunha C, Harzheim E, Duncan B, Álvarez-Dardet C. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
36. Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):683-703.
37. Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sa P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. Int J Health Plann Mgmt. 2004; 19:303-17.
38. Stralen C, Belisário S, Stralen T, Lima A, Massote A, Oliveira C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Sup 1):S148-S58.
39. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre. Manual Operacional; 2006.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [citado 12ago2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)
41. Farias E, Stein A, Hoffmann J. Os egressos da residência de medicina de família e comunidade do centro de saúde-escola muraldo, 1976-2000. Boletim da Saúde Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. 2004; 18(1):99-111.

42. Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária. Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. 2009.
43. Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006; 5(6):156.
44. Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tool.* Baltimore: Johns Hopkins University, 2002.
45. Harzheim E, Duncan B, Oliveira M, Agostinho M. Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária: PCATool adulto. 2007.
46. Demidenko E. *Mixed Models: Theory and Applications.* New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
47. Riboldi J. *Modelos Mistos Aplicados [52ª RBRAS e 12ª SEAGRO]* Santa Maria, Rio Grande do Sul; 2007.
48. Brown H, Prescott R. *Applied Mixed Models in Medicine.* Second ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
49. Littell R, Milliken G, Stroup W, Wolfinger R, Schanbenberger O. *SAS for Mixed Models.* Second ed. Cary: SAS Institute Inc; 2006.
50. Zar J. *Biostatistical analysis.* Fourth ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
51. STATA. Data analysis and statistical software: survey statistics. Disponível em: <http://www.stata.com/stata9/svy.html#>
52. Canesqui A, Spinelli M. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(9):1881-92.
53. Machado M. Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil. 1999 [citado 12ago2009]. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/psf\\_perfil/index.html](http://www.ensp.fiocruz.br/psf_perfil/index.html)
54. Tomasi E, Facchini L, Piccini R, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1):S193-S201.
55. Kolling J, Harzheim E. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto telessaúde RS: estudo de linha de base [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
56. Elias P, Ferreira C, Alves M, Cohn A, Kishima V, Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):633-41.

57. Pimenta A, Coimbra A, Livorato F, Barros J, Rezende T. Pesquisa sobre organização e desempenho das Unidades de Saúde da Família de Amparo (SP): utilização de metodologia de avaliação rápida. *Divulg saúde debate*. 2008; 42:102-17.
58. Romero R, Collantes J, Ramírez N. Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(16):165-90.
59. Atkinson S. Anthropology in Research on the Quality of Health Services. *Cad Saúde Pública*. 1993; 9(3):283-99.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diferença existente na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, em relação à qualidade da atenção à saúde do adulto, entre os serviços de APS avaliados e a associação evidenciada, no modelo multivariável, entre possuir “especialidade na área”/”oferta de educação continuada” e prevalência de alto escore geral atribuído mostram a importância da formação profissional para a qualificação de um serviço. Isso fica mais claro quando caracterizamos os serviços avaliados mediante as duas variáveis anteriormente citadas. Por exemplo, o SSC, serviço que apresentou o maior grau de orientação à APS, apresenta 68% de especialistas na área, sendo que 95,3% dos médicos são médicos de família e comunidade, e 100% dos profissionais com educação continuada, enquanto a UBS, serviço que apresentou o menor grau de orientação à APS, apresenta somente 14,2% de especialistas na área, sendo que apenas 16,9% dos médicos são médicos de família e comunidade, e 72% dos profissionais com educação continuada.

Entre os dois serviços municipais, ESF e UBS, ficou demonstrado que, na percepção dos profissionais, a ESF apresenta maior grau de orientação à APS. Porém, observando que, na ESF, 33% são especialistas na área, podemos considerar que a estratégia para melhorar a qualidade da APS no município não seja somente a ampliação da rede da ESF, mas também o investimento na formação dos profissionais. Observando, porém, o perfil dos profissionais da ESF, constituído por uma maior proporção de recém formados, sem especialidade, com menor tempo de trabalho no serviço, podemos perguntar por que razão a ESF com profissionais com esse perfil (considerando também a mínima ênfase que, em média, é dada à APS nos cursos de graduação) recebe maior grau de orientação à APS? Para responder essa pergunta, precisamos entender a ESF como um modelo de atenção, ou seja, como uma estratégia com conceitos, objetivos, métodos, incluindo organização da atenção e do processo de trabalho, e considerar a hipótese de que esse modelo de atenção, mesmo quando desempenhado por profissionais com pouca experiência, sem formação especializada, consegue melhores resultados. Uma variável relativa à organização da atenção e do processo de trabalho é a “carga horária semanal no serviço de saúde”, que, neste estudo, esteve associada com a prevalência de alto escore geral. Com relação à referida variável, o modelo da ESF apresenta a maior carga horária semanal média, de maneira que esta é uma característica da ESF que pode estar contribuindo consideravelmente para a diferença encontrada na qualidade da atenção entre ESF e UBS. Assim, pode-se agora visualizar o enorme potencial do maior

reconhecimento dos especialistas na área de APS, do maior investimento na formação profissional e também das intervenções com vistas à valorização do trabalho sobre o modelo de atenção da ESF.

Sobre a necessidade de investimento na formação dos profissionais, é preciso observar que o município de Porto Alegre possui uma privilegiada condição, porque dispõe de centros formadores, incluindo o CSEM e SSC, possibilitando ao município, por exemplo, estabelecer através de acordo ou convênio com esses serviços e/ou também por meio de incentivo aos profissionais programas de formação ou capacitação profissional. Em relação, porém, à organização de políticas em âmbito nacional, a ampliação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade, de Residência Integrada com ênfase em Saúde da Família, dos cursos de especialização e das ferramentas para ensino à distância, como, por exemplo, os programas e projetos de telessaúde em APS, mostra-se como uma estratégia para a qualificação da atenção. Importante observar, no entanto, que a avaliação do impacto da formação através de Programas de Residência ou de cursos de especialização sobre a qualidade da atenção pode ser campo de investigação para estudos futuros.

Por que razão, porém, o profissional com especialidade na área de APS e/ou participante em programa de educação continuada atribui escore mais alto à APS? Para responder essa questão, podemos considerar inicialmente que três fatores estejam relacionados com a atribuição de escore à qualidade da atenção: o conhecimento sobre a APS, a expectativa sobre a atenção e a avaliação subjetiva do profissional acerca dos resultados alcançados. Dessa forma, o profissional com melhor formação por possuir, por exemplo, mais conhecimento sobre a área pode atribuir maior escore, refletindo assim, a sua percepção, um aspecto teórico. Por outro lado, o profissional especialista na área de APS, pode, de fato, qualificar a atenção e, sua atuação, quando comparada com a de outros profissionais, estar associada a melhores resultados em saúde, refletindo, assim, a sua percepção, uma avaliação subjetiva acerca de melhores resultados alcançados, pois, nesse caso, o profissional especialista na área de APS, sendo parte do serviço avaliado, contribui para o desfecho favorável.

Outra questão importante pode ser levantada com relação ao significado da percepção sobre a oferta da educação continuada. Por motivo de que em todos os serviços mais da metade dos profissionais referiram a oferta de educação continuada, podemos inicialmente considerar que alguma educação continuada é oferecida pelos serviços, mas por que razão alguns profissionais referem a oferta e outros não? Essa também é uma questão para pesquisas futuras, mas podemos aqui colocar algumas possibilidades. Inicialmente podemos considerar

que a oferta pelos serviços pode não conseguir chegar a todos os profissionais, ficando restrita a um determinado grupo. Outras possibilidades podem estar relacionadas com a motivação/desmotivação do profissional ou com a qualidade da educação continuada oferecida.

Dentro do tema da motivação/desmotivação dos profissionais, outra questão importante para ser considerada é qual a proporção de profissionais que realmente escolheram trabalhar em APS ou que consideram o trabalho em APS o seu principal trabalho ou principal fonte de realização profissional ou, ainda, que tem na APS o seu projeto profissional ou de vida? A partir daí, poder-se-ia investigar a associação entre a importância/relevância do trabalho em APS na vida do profissional e a qualidade da atenção percebida. Coloca-se isso, pois, a associação entre possuir “especialidade na área de APS” e a maior qualidade da atenção atribuída e, supõe-se, prestada, pode também estar relacionada com a questão acima colocada. Assim, no SSC, por exemplo, levanta-se a hipótese de que exista também a maior proporção de profissionais que têm na APS o seu projeto profissional ou de vida.

Com relação à satisfação acerca da abordagem aos pacientes diabéticos e hipertensos, observamos uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções de satisfeitos por tipo de serviço. Na ESF, em comparação com a UBS, existe uma maior proporção de satisfeitos com a abordagem aos pacientes diabéticos e hipertensos e, em comparação com o CSEM, existe uma maior proporção de satisfeitos com a abordagem aos pacientes diabéticos. Essas diferenças são estatisticamente significativas e sugerem que as ações programáticas voltadas para os fatores de risco cardiovascular estejam em melhor funcionamento na ESF. Entretanto, outros estudos são necessários não somente para caracterizar o funcionamento dessa abordagem entre os diferentes tipos de serviço, mas também para avaliá-la por meio de indicadores e resultados.

A respeito da limitação já mencionada do instrumento PCATool, que se refere ao fato de se considerar “pesos” iguais aos atributos para o cálculo dos escores essencial e geral, novas pesquisas deverão ser realizadas. Podemos sugerir, para investigações futuras sobre a percepção dos profissionais, com base nos resultados apresentados, que, se os serviços avaliados pertencerem a um mesmo sistema de saúde municipal, entre os essenciais, o atributo integralidade receba maior peso, a coordenação, o menor, o acesso de primeiro contato e a longitudinalidade, pesos semelhantes e intermediários, e que, entre os derivados, o atributo orientação comunitária receba o maior peso.

Por fim, este estudo pretendeu reforçar o “outro lado” dos serviços de saúde, o dos profissionais, colocando-os no “foco” do processo avaliativo, mostrando a importância dos aspectos referentes a esses atores na avaliação dos serviços.

## **ANEXOS**



Anexo 1 – Projeto de Pesquisa.

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



Epidemiologia e Atenção Primária à Saúde

Projeto de Pesquisa

Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a  
qualidade da atenção à saúde do adulto:  
comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre.

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre  
Junho de 2009

## INTRODUÇÃO

Os cuidados primários de saúde foram definidos na Declaração de Alma Ata (WORLD, 1978) como

“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente seguras e socialmente aceitáveis, para serem acessados universalmente por indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento no espírito da autonomia e autodeterminação. São parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto de todo o desenvolvimento social e econômico da comunidade. São o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual são levados o mais perto possível para os lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de cuidado à saúde”.

Embora as principais funções da atenção primária à saúde (APS) estejam presentes no conceito de cuidados primários da Declaração de Alma Ata, para fim de pesquisa avaliativa, é necessário, entretanto, utilizar uma definição que operacionalize a medida das funções.

Starfield (1992) define atributos para o conceito da APS: os atributos essenciais, o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e os atributos derivados, a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural. Assim, a partir desse conceito operacional, um serviço de APS é definido pela presença dos quatro atributos essenciais que, combinados, são exclusivos da atenção primária, sendo a atenção qualificada pela presença dos atributos derivados.

A partir dessa definição, Starfield e colaboradores da *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center* produziram o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) nas versões *Child Consumer/Client Survey* e *Adult Consumer/Client Survey*, aplicáveis aos usuários para avaliação da atenção à saúde da criança e do adulto respectivamente, e *Facility/Provider Survey*, aplicada aos profissionais de saúde, sendo que a versão para avaliação da atenção à saúde do adulto foi validada por Shi et al. (2001). Esse instrumento possibilita medir a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados, produzindo os escores essencial e geral e, portanto, evidenciando o grau de orientação à APS em diferentes serviços e sistemas de saúde.

Existe evidência acumulada na literatura sobre a associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade e otimização dos sistemas de saúde, a promoção da equidade e também sobre a satisfação dos usuários e o aumento da eficiência. No entanto,

os principais estudos que mostram essa associação são do tipo ecológico e realizados em países desenvolvidos: Gulliford, 2002; Macinko, 2003; Parchman, 1994; Rajmil, 1998; Shi, 1994, 2005, 2003, 2004, 1999, 2000; Starfield, 1994; Starfield, 2002.

Em muitos estudos (GULLIFORD, 2002; PARCHMAN, 1994; SHI, 1994, 2003, 2004, 1999, 2000), o grau de orientação à APS foi estimado pela proporção entre médicos de APS e população, mostrando associação entre a maior proporção de médicos de APS e população e indicadores como: menor taxa de hospitalização (PARCHMAN, 1994), menor mortalidade neonatal e baixo peso ao nascer (SHI, 1994), maior expectativa de vida (SHI, 1999), menor mortalidade geral (GULLIFORD, 2002; SHI, 2003, 1999), melhor autopercepção de saúde (SHI, 2000) e menor mortalidade infantil (SHI, 2004).

Em relação às referências citadas, observa-se que alguns estudos (SHI, 1994, 2003, 2004, 1999, 2000) consideram médicos de APS os médicos de família e comunidade, os internistas e os pediatras, enquanto outros estudos (GULLIFORD, 2002; PARCHMAN, 1994) utilizam somente médicos de família e comunidade para suas análises. Shi et al (2003) mostraram que, entre as especialidades de medicina de família e comunidade, medicina interna e pediatria, apenas a de medicina de família e comunidade associou-se com menor mortalidade geral.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, é a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a expansão da APS no país e, portanto, para a reorientação estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998). A ESF vem crescendo em número de equipes implantadas, sendo que, em dezembro de 2008, já eram 29.300 equipes, acompanhando 49,5% da população brasileira (BRASIL, 2008).

Em estudo ecológico, com dados de 1990 a 2002, Macinko et al. (2006) mostraram que o aumento em 10% na cobertura da ESF esteve relacionado com a redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil. Com dados de 1999 a 2004, em outro estudo ecológico, Macinko et al (2007) evidenciaram que o aumento de 10% na cobertura da ESF esteve relacionado com a redução de 0,45% na taxa de mortalidade infantil, de 0,6% na taxa de mortalidade pós-neonatal e de 1% na taxa de mortalidade por diarreia, não encontrando-se, entretanto, associação entre o aumento da cobertura da ESF e a taxa de mortalidade neonatal.

Utilizando-se também delineamento ecológico Aquino et al. (2008) mostraram também associação entre o aumento da cobertura da ESF e redução da taxa de mortalidade infantil, em municípios brasileiros, no período de 1996 a 2004, e Bezerra Filho et al. (2006) encontraram associação entre melhores indicadores de saúde infantil, incluindo cobertura

vacinal, mortalidade infantil e também neonatal, com a implantação da ESF, principalmente em municípios com grande vulnerabilidade social.

Na maioria dos municípios brasileiros, entretanto, a rede de APS inclui serviços anteriores à ESF, possibilitando a realização de estudos comparativos entre serviços ou modelos de atenção. Facchini et al. (2006), em pesquisa desenvolvida dentro dos Estudos de Linha de Base do Proesf (ELB), cuja metodologia encontra-se publicada em artigo de Facchini et al. (2008), analisaram o desempenho da ESF em 41 municípios de sete Estados brasileiros, comparando-a com o desempenho das Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), por meio de delineamento transversal. Foram caracterizados a estrutura e o processo de trabalho em 234 unidades de APS, incluindo ESF e UBS, mostrando que a oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF. Entretanto, evidenciou-se, na análise do perfil dos profissionais de saúde, que o ingresso por concurso público foi maior nas UBS e o trabalho precário foi maior na ESF dos Estados da Região Nordeste, não se observando diferença entre os modelos de atenção nos Estados da Região Sul.

Piccini et al. (2007), em outra pesquisa transversal de base populacional, integrante dos ELB, para avaliação da efetividade da atenção pré-natal e da puericultura na rede básica (ESF e UBS), compararam os modelos de atenção, através de múltiplos critérios de avaliação, e identificaram uma vantagem relativa da ESF em relação ao modelo tradicional em um contexto de baixa efetividade de ambos os modelos.

Para medir a presença e a extensão dos atributos da APS na ESF, Macinko et al. (2004) aplicaram o instrumento PCATool, versão *Facility/Provider Survey*, adaptada e traduzida, em uma amostra de profissionais da rede de APS, incluindo ESF e UBS, do município de Petrópolis, Rio de Janeiro. O estudo mostrou que ESF tem, na percepção dos profissionais de saúde, significativamente maior escore de longitudinalidade, orientação familiar e formação profissional do que o modelo tradicional. A ESF também apresentou mais forte orientação comunitária, mas sem significância estatística. O escore do atributo acesso foi baixo em ambos os modelos.

Com o objetivo também de comparar a ESF e o modelo tradicional, Elias et al. (2006), dentro dos ELB, desenvolveram um estudo transversal, para comparação entre os dois modelos de APS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. O instrumento utilizado é o PCATool e foi respondido por usuários, profissionais e gestores. Foram escolhidas as unidades de ESF e UBS mais bem avaliadas pelo Índice de Atenção Básica (IAB) de cada um dos três agrupamentos de estratos de exclusão social. As percepções dos

gestores e dos profissionais de saúde foram sempre melhores do que as percepções dos usuários, com apenas duas exceções: acesso e formação profissional. A comparação entre ESF e UBS, nos diferentes estratos de exclusão social, não apresentou diferenças para profissionais de saúde e gestores. Com relação à percepção dos usuários, o escore geral da APS foi mais elevado nas unidades ESF do que nas UBS.

Em outro estudo conduzido no Estado de São Paulo, Ibañez et al. (2006) avaliaram o desempenho da atenção primária em uma amostra selecionada de municípios com mais de 100 mil habitantes agrupados em *clusters*. Aplicou-se o instrumento PCATool a uma amostra de usuários, acompanhantes e profissionais de saúde de unidades ESF e UBS. Em relação à percepção dos usuários, não se mostrou diferença entre os *clusters* estudados, ficando em 50%, em média, a percepção dos usuários quanto à atenção primária dos municípios estudados, o que qualifica a atenção como pouco satisfatória. Em relação à percepção dos profissionais de saúde, os que trabalhavam na ESF avaliaram o desempenho como sendo melhor do que aqueles que trabalhavam na UBS. Os atributos vínculo, elenco de serviços, orientação familiar e orientação comunitária foram melhor avaliados pelos profissionais da ESF. Usuários e profissionais de saúde tiveram opiniões semelhantes apenas com relação aos atributos acesso, porta de entrada e vínculo. Mostrou-se também que os profissionais avaliaram melhor do que os usuários todos os atributos da APS.

Da mesma forma que nos três estudos anteriores (ELIAS, 2006; IBAÑEZ, 2006; MACINKO 2004), Van Stralen et al. (2008) encontraram, após a aplicação do instrumento PCATool em usuários e profissionais de saúde das unidades ESF e UBS de municípios do Estado de Goiás e do Mato Grosso do Sul, que os escores atribuídos à APS são, de maneira geral, maiores na percepção dos profissionais de saúde. No referido estudo, porém, o atributo porta de entrada apresentou maior escore na percepção dos usuários da ESF e os atributos porta de entrada, vínculo, elenco de serviços e formação profissional apresentaram maiores escores na percepção dos usuários da UBS, ambos em comparação com os escores dos profissionais de nível superior. Na comparação entre os escores de usuários da ESF e UBS, mostrou-se diferença significativa nos atributos orientação familiar e orientação comunitária a favor da ESF. Na comparação entre os escores de profissionais de nível superior da ESF e UBS, evidenciou-se diferença significativa nos atributos porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, orientação familiar e orientação comunitária também a favor da ESF.

Nesses estudos (ELIAS, 2006; IBAÑEZ, 2006; MACINKO, 2004; STRALEN, 2008), contudo, não são apresentados o perfil sociodemográfico, a formação acadêmica, por exemplo, a especialidade médica, e também as características ocupacionais, não se fazendo,

portanto, uma avaliação do impacto de variáveis como idade, sexo, tempo de formado, especialidade médica, tempo de trabalho no serviço e na unidade, número de locais de trabalho, carga horária semanal de trabalho no serviço e oferta de educação continuada na percepção dos profissionais de saúde sobre a qualidade da atenção.

Os estudos de avaliação da ESF acabam por evidenciar uma grande heterogeneidade da qualidade da atenção e dos resultados em saúde obtidos com a ESF nos diferentes municípios e Estados brasileiros (AQUINO et al., 2008; ELIAS et al., 2006; FACCHINI et al., 2006; BEZERRA FILHO et al., 2006; IBAÑEZ et al., 2006; MACINKO et al., 2004, 2007, 2006; PICCINI et al., 2007; ROCHA et al., 2008; RONCALLI et al., 2006; STRALEN et al., 2008).

Em Porto Alegre, assim como na maioria das cidades brasileiras, a rede de APS inclui serviços públicos anteriores à ESF, quais sejam as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC).

Em estudo comparativo entre a ESF e UBS, realizado na região sul de Porto Alegre, que utilizou o PCATool, versão validada (HARZHEIM, 2006), para avaliação da qualidade da atenção à saúde infantil, Harzheim et al. (2004) demonstraram que identificar a ESF como serviço de referência no cuidado de crianças está associado com alto grau de extensão dos atributos da APS. Na comparação entre os escores da ESF e UBS, mostrou-se diferença significativa nos atributos integralidade, orientação familiar, orientação comunitária e no escore geral da APS a favor da ESF. Cunha et al. (2007) compararam a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades ESF e UBS amostradas na pesquisa de Harzheim et al. (2004) sobre a qualidade da atenção e encontraram que os escores dos atributos acesso de primeiro contato, orientação familiar e orientação comunitária foram significativamente maiores na ESF. O estudo mostrou também que, na análise univariada, a ESF apresentou também maior escore geral, porém essa diferença não se manteve após a realização de controle para as variáveis idade, tempo de trabalho na equipe e tempo de formado.

O presente projeto está inserido em um outro maior intitulado “A avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre” (HARZHEIM, 2006), desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em APS (GP.APS) do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). Para avaliar a qualidade da

atenção sobre a saúde do adulto, o projeto referido incluiu a medida da percepção de usuários, profissionais de saúde e gestores e também de resultados alcançados. Faz parte do projeto referido o estudo de Oliveira et al. (2007), que, para medir a presença e a extensão dos atributos da APS e comparar a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os diferentes serviços de Porto Alegre, incluindo UBS, ESF, CSEM e SSC, utilizou a percepção dos usuários adultos sobre a qualidade da atenção. A metodologia do estudo foi transversal de base populacional com amostragem complexa. Para a medida da percepção dos usuários, foi utilizado o instrumento PCATool, versão validada no Brasil (HARZHEIM, 2007). Os resultados mostraram que os escores gerais de APS atribuídos pelos usuários adultos à ESF, ao CSEM e ao SSC foram significativamente maiores do que o escore geral atribuído pelos usuários à UBS. O serviço que apresentou o maior escore geral, pontuado de 0 a 10, foi o SSC, com 6,5, a ESF apresentou escore de 5,5, o CSEM de 5,3 e a UBS de 4,8. A classificação da qualidade da atenção em alto e baixo escore geral mostrou que a prevalência de usuários que atribuíram alto escore aos serviços UBS, CSEM, ESF e SSC foi respectivamente de 10%, 18,1%, 23,2% e 48,5%. Na análise multivariável, identificou-se que as variáveis classe social, idade, cor da pele, desemprego, estado de saúde na família, vínculo com o serviço superior a dois anos, número de consultas nos últimos 12 meses e o tipo de serviço são associadas a um acréscimo na prevalência de alto grau de orientação à APS.

Assim, o estudo da percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, a ser realizado pelo presente projeto, sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto prestada pelos serviços de APS de Porto Alegre, através da utilização do PCATool, versão profissionais de saúde, é de fundamental importância para compreender a estrutura e o processo de atenção nesses serviços. O conhecimento do perfil desses profissionais por meio de variáveis sociodemográficas, relacionadas à formação acadêmica e às características ocupacionais, incluindo ainda a satisfação dos profissionais com o trabalho e com a atenção à saúde prestada, pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão e cardiopatia isquêmica é importante para o reconhecimento das variáveis associadas com alto escore geral de APS atribuído.

## **QUESTÃO DE PESQUISA**

Existe diferença na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre?

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Comparar a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre, as Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os serviços de atenção primária de Porto Alegre que, na percepção dos profissionais médicos e enfermeiros, possuem alto escore geral de atenção primária.

Identificar as variáveis que, no nível do profissional de saúde, estão associadas com o alto escore geral de atenção primária atribuído pelos médicos e enfermeiros ao serviço.

Estimar a satisfação dos profissionais de saúde médicos e enfermeiros com o trabalho e com a abordagem realizada, pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão e cardiopatia isquêmica.



## JUSTIFICATIVA

A ESF, em 2009, completa 15 anos de história, tendo, ao longo desse período, se consolidado como a estratégia para a expansão da APS e, portanto, para a reorientação do SUS no Brasil. O investimento na ESF é crescente, assim como o número de equipes e a cobertura populacional da estratégia em todo o país. Nesse contexto, é grande a necessidade de avaliar o impacto, o processo e os resultados alcançados. Coerente com esse desafio, o financiamento de pesquisas de avaliação e monitoramento da APS, no Brasil, foi expressivo e crescente entre os anos de 2000 a 2006, como mostra o estudo de Almeida et al. (2008).

No entanto, apesar das avaliações de efetividade da ESF mostrarem impacto positivo na atenção à saúde, particularmente no aumento do acesso e cobertura populacionais e na mudança positiva em indicadores de saúde, torna-se imprescindível a produção de conhecimento que permita também o reconhecimento de quais fatores, no nível do usuário e do profissional de saúde, estão relacionados com o melhor ou o pior desempenho da ESF.

Em Porto Alegre, existe uma diversidade de serviços públicos de APS: a UBS, a ESF, o CSEM e o SSC. O GP.APS do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da FAMED/UFRGS, em sua linha de pesquisa avaliativa, realizou estudos, utilizando o PCTool, para comparar a percepção de usuários e profissionais sobre a qualidade da atenção à saúde infantil entre ESF e UBS. Recentemente, um estudo para comparar a percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre UBS, ESF, CSEM e SSC foi realizado. Dessa forma, o estudo da percepção dos profissionais sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto é o passo seguinte na avaliação dos serviços de APS de Porto Alegre, que vem sendo realizada pelo GP.APS. Esse estudo contribui para o conhecimento da estrutura e do processo de atenção nesses serviços, sendo fundamental para identificar as variáveis que, no nível do profissional, estão relacionadas com maior escore atribuído.

## **METODOLOGIA**

**LOCAL DO ESTUDO:** Porto Alegre, Rio Grande do Sul

**DELINEAMENTO:** estudo transversal

### **POPULAÇÃO DE PESQUISA E SELEÇÃO DA AMOSTRA**

A população de pesquisa é constituída pelos profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde amostradas nos serviços de APS de Porto Alegre, incluindo a UBS, a ESF, o CSEM e o SSC.

Na UBS e ESF, 50% das UBS e das unidades ESF de cada Gerência Distrital do município de Porto Alegre fazem parte da amostra. A seleção das unidades, aleatória, totaliza, portanto, 50% das UBS e das unidades ESF do município: 26 UBS e 31 unidades da ESF. O CSEM e SSC são compostos por 7 e 12 unidades, respectivamente, de maneira que 100% das unidades integram a amostra.

Para a seleção dos profissionais, observam-se os seguinte critérios de inclusão e exclusão:

1) Critérios de inclusão: estar trabalhando na unidade amostrada na ocasião do contato do coordenador de campo com a coordenação/chefia da unidade, atender adultos e cumprir carga-horária maior ou igual a 20 horas semanais.

2) Critério de exclusão: necessitar obrigatoriamente de encaminhamento (referência) para atender.

Se o profissional de saúde trabalhar em duas unidades amostradas e preencher, em ambas, os critérios de inclusão, é considerado e, portanto, incluído na pesquisa, apenas o questionário referente à primeira entrevista. Dessa forma, esses profissionais são excluídos da segunda unidade onde responderiam novamente.

A amostra de profissionais é, portanto, constituída por todos os profissionais médicos e enfermeiros das unidades selecionadas que preencham os critérios de inclusão e que não apresentem o critério de exclusão.

## **INSTRUMENTOS**

Para a medida da percepção dos médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto, é utilizado o instrumento PCATool, versão *facility/provider survey*, para profissionais de saúde, traduzido e adaptado pelo GP.APS. Esse instrumento mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS. Os quatro atributos essenciais são acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Os três atributos derivados são orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Esse instrumento utiliza respostas Likert (com certeza sim, provavelmente sim, provavelmente não, com certeza não e não sei/não lembro) e possibilita construir escores de APS no intervalo de 1 a 4 para cada atributo. Para fins de análise, as respostas marcadas em “não sei/não lembro” serão consideradas “provavelmente não”.

Para o estudo do perfil dos profissionais, é utilizado um questionário estruturado com questões sociodemográficas e também relativas à formação acadêmica e às características ocupacionais.

A satisfação dos profissionais é medida através de uma escala Likert. Para essa medida, utiliza-se um cartão com cinco faces expressando diferentes graus de satisfação, do maior (letra A) ao menor (letra E). Para fins de análise, será considerado “satisfeito” o entrevistado que responder os dois primeiros itens da escala Likert, sendo considerado “insatisfeito” o entrevistado que responde os três últimos itens da escala.

## **VARIÁVEIS**

O fator em estudo são os serviços de atenção primária de Porto Alegre e o desfecho é a percepção dos médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto.

Para a produção dos escores, serão utilizados os itens validados na aplicação do PCATool versão para usuários, versão “espelho” do PCATool, versão profissionais de saúde. A validação do PCATool, versão usuários, foi realizada pelo GP.APS em pesquisa de base populacional com amostragem de usuários adscritos às mesmas unidades de saúde selecionadas para esse projeto (HARZHEIM, 2007).

Serão constituídos escores para os seguintes atributos: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação do cuidado, coordenação sistema de informações, integralidade serviços disponíveis, integralidade serviços prestados, orientação familiar, orientação comunitária e os escores essencial e geral.

Abaixo estão as questões do PCATool, versão profissionais de saúde, que originarão os escores de APS:

Acesso de primeiro contato: C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9

Longitudinalidade: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D9, D10, D11, D12, D13

Coordenação do cuidado: E2, E3, E4, E5, E6, E7

Coordenação sistemas de informações: F1, F2, F3

Integralidade serviços disponíveis: G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14, G15, G16, G17, G18, G19, G20, G21, G22

Integralidade serviços prestados: H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13, H14, H15

Orientação familiar: I1, I2, I3

Orientação comunitária: J1, J2, J3, J11, J12, J18

Os escores de cada atributo são produzidos através da média aritmética dos itens que o compõem. A média aritmética dos escores dos atributos essenciais produz o escore essencial da APS e a média aritmética de todos os escores produz o escore geral de APS.

Para o estudo do perfil dos profissionais são utilizadas:

- 1) variáveis sociodemográficas e econômicas: idade, sexo e cor da pele.
- 2) variáveis relativas à formação acadêmica: tempo de formado e especialidade.
- 3) variáveis relativas às características ocupacionais: número de locais de trabalho, número de horas semanais de trabalho no serviço de APS, tempo de trabalho no serviço de APS e na unidade de saúde, número total de consultas semanais atendidas, tipo de vínculo empregatício e se o serviço de APS oferece educação continuada.

A satisfação em relação ao trabalho é medida por meio das seguintes questões: satisfação com o trabalho no serviço de saúde, com o apoio prestado pelo coordenador, com o relacionamento entre os membros da equipe de saúde e com o relacionamento entre a comunidade e o serviço de saúde. É também medida a satisfação dos profissionais em relação à abordagem realizada, pelo serviço, aos pacientes com diabetes, hipertensão e cardiopatia isquêmica.

## **TRABALHO DE CAMPO**

O trabalho de campo para a coleta das entrevistas com os profissionais de saúde foi realizado por um coordenador de campo, Rodrigo Caprio Leite de Castro, e seis entrevistadores treinados.

As entrevistas foram realizadas no período de um ano, compreendido entre julho de 2006 e agosto de 2007. Todas as entrevistas foram agendadas, por telefone, pelo coordenador de campo, e realizadas no local de trabalho dos profissionais.

O treinamento dos entrevistadores seguiu os seguintes passos: 1) reunião com o coordenador de campo para apresentação da pesquisa, do grupo de pesquisa, do questionário e do material de campo, 2) reunião com o coordenador para o esclarecimento das dúvidas e verificação da disponibilidade e agendamento, 3) o entrevistador em treinamento observa o coordenador de campo aplicar a entrevista e 4) o coordenador de campo observa o entrevistador em duas aplicações do questionário.

O acompanhamento dos entrevistadores consistiu em observar uma aplicação de questionário de cada entrevistador a cada duas ou três semanas. O treinamento e o acompanhamento dos entrevistadores foram realizados pelo coordenador de campo.

## **RESULTADO DO TRABALHO DE CAMPO: ENTREVISTAS**

O resultado do trabalho de campo está no quadro 1, no qual é apresentado, por tipo de serviço, o número de entrevistas esperadas, ou seja, de profissionais incluídos no estudo, de entrevistas realizadas (total, com médicos e com enfermeiros), de recusas e de perdas. Considerou-se “perda” o profissional que, após ter sido incluído no estudo pelo coordenador de campo, trocou de unidade, foi demitido ou se afastou por motivo de saúde antes da entrevista ser realizada.

**Quadro 1:** Resultado do trabalho de campo

	Esperadas	Realizadas	Médico	Enfermeiro	Recusas	Perdas
UBS	181	161	124	37	16	4
ESF	88	85	44	41	1	2
CSEM	23	22	15	7	1	0
SSC	77	72	43	29	2	3
Total	369	340	226	114	20	9

## PLANO DE ANÁLISE

Os questionários serão escaneados e as imagens convertidas para uma base de dados, utilizando o software *Teleform*. Inicialmente, todos os profissionais de saúde entrevistados terão os escores dos atributos da APS e também os escores essencial e geral calculados. Os escores de 1 a 4 serão transformados em escala de 0 a 10 através da seguinte fórmula: escore de 0 a 10 do atributo X = [escore de 1 a 4 do atributo X – 1 (pontuação mínima)] x 10 / 4 (pontuação máxima) – 1 (pontuação mínima). O escore igual ou maior a 6,6 será considerado alto escore de APS. Será realizada uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas, das relativas à formação acadêmica, das ocupacionais e da satisfação.

Os escores de APS por tipo de serviço serão estimados através do modelo misto, que contempla a variabilidade dentro de cada unidade e entre as unidades do serviço de APS estudado. Para fim de análise com esse modelo, o tipo de serviço será considerado o fator fixo e as unidades de saúde de cada tipo de serviço serão consideradas o fator aleatório. Será realizada a comparação dos escores de APS entre os quatro serviços avaliados.

As seguintes hipóteses serão consideradas:

H0: não existe diferença na percepção dos médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os diferentes serviços de atenção primária de Porto Alegre.

H1: existe diferença na percepção dos médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto entre os diferentes serviços de atenção primária de Porto Alegre.

Na etapa final, serão realizadas análises para a identificação de variáveis dos profissionais de saúde associadas com alto escore geral de APS.

Para as análises, serão utilizados os softwares SPSS 17.0, STATA 9.0 e SAS 9.1 e os seguintes métodos estatísticos: modelo misto, comparação múltipla, qui-quadrado para proporções, análise univariável e multivariável (regressão de Poisson modificada com variância robusta).

## **QUESTÕES ÉTICAS**

O projeto intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos no município de Porto Alegre” foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição.

O projeto referenciado foi apresentado nos Conselhos Distritais e no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Gerência do CSEM e SSC.

Somente foram realizadas as entrevistas com os profissionais que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).





## **INFRAESTRUTURA BÁSICA**

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e o Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul disponibilizam a estrutura física, inclusive uma sala para sediar o projeto, e de informática, incluindo computadores, internet e os softwares necessários para a criação do banco de dados e para a análise dos resultados.

## **INSTITUIÇÕES COLABORADORAS**

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Centro de Saúde Escola Murialdo, Escola de Saúde Pública, Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Johns Hopkins School of Public Health

## **AGÊNCIAS FINANCIADORAS**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES)

## REFERÊNCIAS

Almeida P, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8):1727-42.

Aquino R, Oliveira N, Barreto M. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2008; 99:87-93.

Bezerra Filho J, Kerr L, Miná D, Barreto M. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(5):1173-1185.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [citado 04mai2009]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)

Cunha C, Harzheim E, Duncan B, Álvarez-Dardet C. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o programa saúde da família e o modelo tradicional [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Elias P, Ferreira C, Alves M, Cohn A, Kishima V, Junior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):633-41.

Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Silveira E, Siqueira F, Rodrigues M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-81.

Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Teixeira V, Silveira D, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S159-S72.

Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: is there a association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24:252-54.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein A. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(8):1649-59.

Harzheim E, Álvarez-Dardet C, Stein A. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.

Harzheim E, Duncan B, Stein A, Cunha C, Goncalves M, Trindade T, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006; 5(6):156.

Harzheim E, Duncan B, Oliveira M, Agostinho M. Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária: PCATool adulto. 2007.

Ibañez N, Rocha J, Castro P, Ribeiro M, Forster A, Novaes M, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):683-703.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research.* 2003; 38(3):831-65.

Macinko J, Almeida C, Oliveira E, Sa P. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Mgmt.* 2004; 19:303-17.

Macinko J, Souza M, Guanais F, Simões C. Going to scale with community based primary care an analysis of the family health program and infant mortality in brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine.* 2007; 65:2070-80.

Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60:13-9.

Oliveira M, Harzheim E, Riboldi J. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em porto alegre: uma análise agregada [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Parchman M, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Prac.* 1994; 39:123-8.

Piccini R, Facchini L, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.

Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Services.* 1998; 28(4):777-91.

Rocha P, Uchoa A, Rocha N, Souza E, Rocha M, Pinheiro T. Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Sup 1):S69-S78.

Roncalli A, Lima K. Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2006; 11(3):713-24.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice.* 2003; 16:412-22.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine*. 2005; 61:65-75.

Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:374-80.

Shi L. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv*. 1994; 24(3):431-58.

Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4):275-84.

Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services*. 2000; 30(3):541-55.

Shi L, Starfield B, Jiahong X. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2):161-75.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.

Starfield B. Primary care: concept, evaluations, and policy. Oxford University Press; 1992.

Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002; 60:201-18.

Stralen C, Belisário S, Stralen T, Lima A, Massote A, Oliveira C. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S148-S58.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.

Anexo 2 – Aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa.



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**



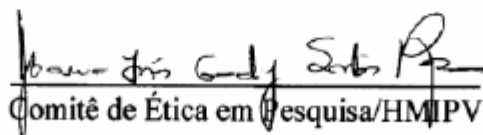
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

**Bruce B Duncan**

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado " **Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da família no município de Porto Alegre**" do(a) pesquisador(a) **Bruce B Duncan** protocolado neste CEP sob nº56/05, foi **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV,14/09/2005, estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – ( Resolução 196/96 ) – do Conselho Nacional de Saúde. **Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.**

Atenciosamente,

  
Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV




**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE**

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

O Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, apreciou e **aprovou** o seu protocolo de pesquisa intitulado: “ **Avaliação da Qualidade do processo de Atenção e da sua Efetividade sobre a Saúde do Adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária no município de Porto Alegre** ”, considerando que o mesmo tem relevância para a ciência e está ética e metodologicamente adequado.

  
Nara Regina Moura de Castilhos  
Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da  
ESP/SES/RS

Ilmo. Sr.  
Erno Harzheim  
UFRGS  
N/C

**Av. Ipiranga, 6311 - Bairro Partenon - CEP 90.610-001 - Porto Alegre - RS  
Telefone: (51)-3339.1155 - Fax: 3336.8142 - E-mail: esp@saude.rs.gov.br**

<b>GHC</b>	<b>GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO</b>	
	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.	- CNPJ 92.787.118/0001-20 - Av. Francisco Tein, 596 - F: 3357-2009 - Porto Alegre - RS - CEP: 91350-200
	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO	- (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)
	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.	- CNPJ 92.787.126/0001-76 - Rua Domingos Rubbo, 20 - F: 3357-4189 - Porto Alegre - RS - CEP: 91040-000
HOSPITAL FÊMINEA S.A.	- CNPJ 92.693.134/0001-53 - Rua Mostardeiros, 17 - F: 3354-9200 - Porto Alegre - RS - CEP: 91430-001	
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90		

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**  
**CEP - GHC**  
**RESOLUÇÃO**  
 Porto Alegre, 23 de junho de 2006.

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-GHC, em reunião ordinária em 21/06/2006 analisou o projeto de pesquisa:

**Nº CEP/GHC: 029/06**  
**FR: 88112**

**Título Projeto:** Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre.

**Pesquisador(es):** Erno Harzheim

**PARECER:**

**Documentação:** Aprovada  
**Aspectos Metodológicos:** Aprovados  
**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Projeto pertencente ao Grupo III – Área Temática (Ciências da Saúde – Medicina – 4.01).

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. O autor deverá encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

*Dr. Lauro Luís Harzheim*  
 Assessor de Coordenação de Pesquisa  
 Gerência de Ensino e Pesquisa  
 GEP/GHC

*Dr. Julio Baldisserotto*  
 Coordenador CEP - GHC

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC** fone/fax: (51) 33572407 – e-mail: pesquisas-gep.com.br

**Reconhecido:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde  
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105  
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

**Número:**2004367

**Título do projeto:** "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre"

**Investigador(es) principal(ais):**Bruce B. Duncan

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião n.32, ata n. 53, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.



Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/UFRGS





**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**  
**Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação**  
**COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

**RESOLUÇÃO**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

**Projeto:** 05-365

<b>Pesquisador Responsável:</b>
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

**Título:** AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

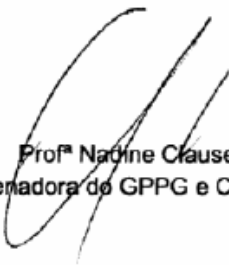
**AMPLIAÇÃO DA PESQUISA**

**Data da Versão:**

15/02/2006

Este documento referente ao projeto acima foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.

  
**Profª Nadine Clausell**  
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA







Identificação					
C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
C1. Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando o serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C5. Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço poderia atendê-lo naquele dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C7. Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente adoecer, alguém de seu serviço poderia atendê-lo naquela noite?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C8. É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (check-up) no seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C9. Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira (sem contar a triagem ou o acolhimento) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
D. ATENDIMENTO CONTINUADO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeira ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. Você acha que seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se os pacientes tem uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeira que os conhece melhor?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. Você acha que dá aos pacientes tempo suficiente para discutirem seus problemas ou preocupações?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. Você acha que conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. Você acha que entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D10. Você acha que conhece o histórico médico completo de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. Você acha que sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
<b>E. COORDENAÇÃO</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. O serviço de saúde em que você trabalha comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E3. Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços onde eles poderiam ser atendidos?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E4. Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E5. Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E6. Você recebe do especialista ou serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou nota de alta hospitalar) ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação
					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F9. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<b>G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G3. Verificação das famílias que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G4. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>



					Identificação
					□□□□
<b>G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?					
G9. Sutura de um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G10. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G11. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G12. Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G13. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G14. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G15. Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolaou)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. Aconselhamento sobre como parar de fumar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G17. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G18. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma).	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)					
Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18). Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.					
Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).</b>					
Por favor, indique a melhor opção.					
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?					
H3. Uso de cintos de segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Abordagem de conflitos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Medicações em uso	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenção de quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Identificação					
<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>					
Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?					
H14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
<b>I. ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

						Identificação
						□□□□
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
Os seguintes itens são incluídos como parte rotineira de sua avaliação de saúde?						
14. Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
15. Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
16. Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
17. Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
18. Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
19. Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
110. Discussão sobre as funções parentais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
111. Avaliação de sinais de abuso infantil	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
112. Avaliação de sinais de crise familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
113. Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
114. Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	





Identificação					
<b>K.COMPETÊNCIA CULTURAL</b>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Se necessário você leva em consideração as crenças familiares sobre cuidados de saúde ou uso de medicina tradicional/popular, tais como ervas/medicamentos caseiros?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K2. Se necessário você considera o pedido de uma família para usar tratamentos complementares, tais como homeopatia ou acupuntura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população?					
K3. Treinamento da equipe por instrutores externos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K4. Treinamento em serviço apresentado pela própria equipe	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K5. Uso de materiais/panfletos culturalmente sensíveis (cartazes, linguagem apropriada, costumes religiosos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K6. Equipe refletindo a diversidade cultural da população atendida	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K7. Planejamento de serviços que reflitam diversidade cultural	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
K8. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/>				





Identificação

--	--	--	--

AV5. O que você costuma realizar, pelo menos anualmente, em relação ao exame físico dos pacientes com diabetes? **(Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)**

Pesar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Avaliar alterações neurossensoriais nos pés (monofilamento)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medir altura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Palpação de pulsos periféricos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medir cintura	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Fundo de olho	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Medir quadril	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Exame da cavidade oral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Verificar PA	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ausculta cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Avaliar pés em busca de lesões	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Palpação da tireóide	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros, qual(is)?					

AV6. O que você costuma realizar, pelo menos anualmente, em relação a exames laboratoriais e complementares dos pacientes com diabetes? **(Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)**

Avaliar perfil lipídico (incluir col. total, HDL, Tg)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Avaliar função renal (creatinina e EQU)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Socita hemoglobina glicada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Avaliar função hepática (transaminases)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Glicemia de jejum	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Exame de função tireóide (TSH, T4, T...)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Glicemia pós-prandial	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	ECG de repouso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Solicitar microalbuminúria em amostra urinária	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Teste ergométrico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros, qual(is)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

AV7. Que orientações de promoção de saúde, prevenção de doenças e controle do diabetes você costuma realizar, pelo menos anualmente, com os pacientes com diabetes?

**(Não leia as alternativas. Pode marcar mais de uma opção)**

Estimula atividade física	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Orienta sobre dieta adequada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Pergunta sobre fumo, se fumante, orienta suspensão do tabagismo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Verifica medicamentos em uso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Avalia adesão ao tratamento (uso adequado dos medicamentos)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Orienta sinais de descompensação aguda do diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outros, qual(is)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não







Identificação

--	--	--	--

AV19. O serviço de saúde em que você trabalha possibilita / oferece educação continuada ?

Sim     Não     Não sei

AV20. No último ano, você realizou algum tipo de atualização / capacitação na sua área de atuação?

Sim     Não **(Pular para pergunta AV22).**

AV21. Que tipo de atualização / capacitação você realizou?

Congresso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																								
Curso de Especialização	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																								
Ensino a distância(internet,correio)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																								
Capacitação em serviço	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																								
Outros, qual(is)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não																																								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																																										

AV22. Na comunidade em que você trabalha, qual é o grau de violência percebido por você?

Muito alto     Alto     Médio     Baixo     Muito baixo

AV23. Qual seu grau de concordância com as afirmações abaixo relativas ao seu trabalho nesta equipe de saúde:  
**(Use o Cartão Resposta nº 4)**

a.Tenho vontade de me esforçar.

Conc. plenamente     Conc. parcialmente     Indiferente     Disc. parcialmente     Disc. plenamente

b.Tenho vontade de ser criativo

Conc. plenamente     Conc. parcialmente     Indiferente     Disc. parcialmente     Disc. plenamente

c.Sinto-me orgulhoso com o trabalho que realizo

Conc. plenamente     Conc. parcialmente     Indiferente     Disc. parcialmente     Disc. plenamente

d.Estou satisfeito com o trabalho que realizo.

Conc. plenamente     Conc. parcialmente     Indiferente     Disc. parcialmente     Disc. plenamente

AV24. Nós temos conhecimento que o financiamento é o principal problema que necessita ser solucionado. Mas, além de financiamento, há outros recursos que seu posto de saúde necessita para prestar uma atenção primária adequada a sua comunidade? Cite os principais recursos necessitados:

---



---



---



---



---

Anexo 4 – Diferenças entre os serviços de APS de Porto Alegre.

	UBS	ESF	CSEM	SSC
Características gerais das equipes	Multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional.	Multiprofissionais e homogêneas com relação ao número e à categoria profissional.	Multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional.	Multiprofissionais e heterogêneas com relação ao número e à categoria profissional.
Composição da equipe	de maneira geral são constituídas por médicos internistas, pediatras, ginecologistas, enfermeiros e odontólogos, podendo ainda psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Não possui ACS <sup>a</sup> .	médico, enfermeiro, ACS <sup>a</sup> . Algumas unidades possuem odontólogos. Médicos e enfermeiros de qualquer especialidade podem ser contratados, inclusive profissionais sem especialidade.	MFC <sup>b</sup> , enfermeiros, podendo ainda psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos. Médicos internistas, pediatras, ginecologistas e psiquiatras realizam apoio matricial. Não possui ACS <sup>a</sup> .	MFC <sup>b</sup> , enfermeiros, ACS <sup>a</sup> , podendo ainda psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, odontólogos. Médicos internistas, pediatras e psiquiatras realizam apoio matricial.
Acesso à exames complementares	laboratoriais básicos, ECG <sup>c</sup> , radiografias e mamografias.	laboratoriais básicos, ECG <sup>c</sup> , radiografias e mamografias.	exames laboratoriais básicos possuem cota pela SMS <sup>d</sup> e uma cota complementar pela SES <sup>e</sup> . Exames de radiografia e mamografia possuem cota pela SMS <sup>d</sup> . Existe acesso direto à endoscopias.	exames laboratoriais básicos e os de imagem são realizados no HNSC <sup>f</sup> . Possui acesso direto à eletrocardiograma de esforço, à endoscopia e à exames de medicina nuclear. Exames de TC <sup>f</sup> e RM <sup>g</sup> possuem cota pré-determinada para o Serviço.
Acesso à atenção secundária	agendadas através da Central de Marcação da SMS <sup>d</sup> .	agendadas através da Central de Marcação da SMS <sup>d</sup> .	agendadas através da Central de Marcação da SMS <sup>d</sup> . Possui acesso direto à oftalmologia (refração), cardiologia, dermatologia, pneumologia, nefrologia e colposcopia.	agendadas através da Central de Marcação da SMS <sup>d</sup> . Possui acesso direto à patologia cervical, à mastologia e ao ambulatório de pré-natal de alto risco.
Acesso à leito hospitalar	via serviços de emergência. Sem acesso direto.	via serviços de emergência. Sem acesso direto.	via serviços de emergência. Sem acesso direto.	via serviços de emergência. Possui acesso direto à internação através de enfermaria no HNSC <sup>h</sup> com trinta leitos.

(a) ACS = agente comunitário de saúde, (b) MFC = Médicos de Família e Comunidade, (c) ECG = eletrocardiograma em repouso, (d) SMS = Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, (e) SES = Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, (f) TC = Tomografia computadorizada, (g) Ressonância magnética, (h) HNSC = Hospital Nossa Senhora da Conceição