

Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América

Health Quality Assessment in Family Medicine and Primary Care in Ibero America

Evaluación de la Calidad en Salud en la Medicina Familiar y en la Atención Primaria en Iberoamérica

Maria Inez Padula Anderson. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Confederação Ibero-americana de Medicina de Família. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. inezpadula@yahoo.com.br (*Autora correspondente*)

Macarena Moral. Universidade do Chile; Instituto de Administração da Saúde, Chile. Chile. moralmacarena@hotmail.com

Marcela Cuadrado Segura. Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Universidade da República do Uruguai; Sociedade Uruguia de Medicina de Família e Comunitária; Grupo CIMF Medicina de Família e Comunitária em Meio Rural. Uruguai. marcelacua@gmail.com

Thomas Meoño Martín. Escola Medicina da Universidade Autônoma da América Central da Costa Rica; Associação de Medicina de Família e Comunitária da Costa Rica; Caixa Costarricense de Seguridade Social. Costa Rica. drmeono@gmail.com

Sergio Minué. Escola Andaluza de Saúde Pública de Granada. Espanha. sergiominue21@gmail.com

Ricardo Donato. Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Brasil. ricardodonato2@yahoo.com.br

Lilia González. Escola Nacional de Saúde Pública. Cuba. lili@infomed.sld.cu

Equipe de Trabalho

Catalina Coral (Colômbia), Christine Leyns (Bolívia), Felipe Moreno-Piedrahita Hernández (Equador), Jenny Magne (Bolívia), José de Almeida Castro Junior (Brasil), José Obando Romero (Costa Rica), Lisdamys Morera Gonzales (Peru); Pablo Aravia (Chile), Ajayrakeshvarma Chennareddy (Índia), Alejandra Paulo (Uruguai), Alexis Correa Taja (Nicarágua), Allison Acevedo (Colômbia), Anahi Barrios (Uruguai), Anderson Mondragon (Colômbia), Andrea Gamarra (Paraguai), Beatriz Salgado (Chile), Betsy Ballesteros Barragán (Colômbia), Carmen Elena Cabezas Equador; Cecilia Llorach (Panamá), Daniel Capelli (Uruguai), Débora Teixeira (Brasil), Diana Yuruhan (Paraguai), Dora Bernal (Colômbia), Dulce rivera (México), Edgar Leon (Equador), Enrique Falceto de Barros (Brasil), Esteban Cordero (Costa Rica), Gabriela Di Croce Argentina Gady Torres Equador, Garcia Vergara Figueroa (Brasil), Henry Solis Bolívia, Isabel Cristina Puello (Colômbia), Jesús Martínez Ángeles (México), Jorge Brandão (Portugal), Juliana da Rosa Wendt (Brasil), Julio Braidá (Uruguai), Karen Muñoz (Colômbia), Maria Belen Giménez (Paraguai), Marina Almenas (Porto Rico), Mauricio Alberto Rodríguez Escobar (Colômbia), Mery Munive (Costa Rica), Noris Serrudo (Venezuela), Orlando Espinosa Bermúdez (Colômbia), Oscar (México), Osvaldo García Torres (México), Patricia Taira Nakandoj (Brasil), Patricia Vargas (Chile), Philipp Oliveira (Brasil), Ricardo Anzures Carro (México), Ricardo Espitia (Colômbia), Rodolfo Deusdará (Brasil), Verónica Casado (Espanha), Victor Manuel Campos (El Salvador), Xenia Sancho (Costa Rica), Yolanda Flores (Equador)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:

A pesquisa foi considerada uma pesquisa sem risco. Os autores declaram que os procedimentos seguidos foram realizados conformes as normas éticas da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinque.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.

Recebido em: 15/08/2016.

Aprovado em: 15/09/2016.

Como citar: Anderson MIP, Moral M, Cuadrado MS, Meoño TM, Minué S, Donato R, et al. Avaliação da Qualidade em Saúde na Medicina de Família e na Atenção Primária na Ibero-América. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(Suppl 2):26-36. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1389](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1389)

Resumo

O objetivo deste estudo é contribuir para o aperfeiçoamento do conceito e dos processos relacionados à avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS), sob a perspectiva de Médicos de Família e Comunidade (FCM). O estudo foi realizado com base na leitura de textos, discussão em grupo de trabalho e uma pesquisa com a aplicação de um questionário semiestruturado a MFC e outros profissionais provenientes de 19 países. Foram obtidas informações sobre os serviços de APS e das percepções sobre seus processos de avaliação, incluindo os relacionados à educação permanente, motivação e sobrecarga de trabalho. Os resultados sugerem que avaliar adequadamente e sistematicamente a qualidade da APS na Ibero-América ainda é processo muito incipiente. Além disso, com exceção de alguns países, não existe sequer uma APS universal com MFCs em equipes de saúde. Por outro lado, se considerarmos os princípios e práticas de MFC parece ser uma limitação dos instrumentos utilizados para avaliar a qualidade em APS. Conclui-se que para alcançar uma avaliação de qualidade que possa ser condutora de uma melhoria contínua dos serviços de APS é necessário incluir indicadores relacionados aos conceitos e ferramentas da MFC. Um conceito de Qualidade na APS é proposto e são indicadas dimensões para ser incluídas nos processos de avaliação, considerando-se as competências da MFC.

Palavras-chave:

Qualidade em Saúde
Medicina de Família
e Comunidade
Atenção Primária

Abstract

The purpose of this study is to contribute to the development of the concept and the assessment of Quality in Primary Care, under the perspective of Family and Community Medicine (FCM). The study was based on texts reading, discussion in a working-group, and a survey with the application of a semi-structured questionnaire to FCM and other professionals from 19 countries. Information about PC services, as well as the perception of its evaluation processes, including those related to permanent education, motivation and work overload was obtained. The results suggest that the quality assessment of PC in Iberoamerica is still a very incipient process. In addition, with the exception of a few countries, there is not even a universal PC with FCM in the health teams. Considering the principles and practices of the FCM, it seems that there is a limitation of the instruments commonly used to evaluate the quality in PC. It is concluded that to achieve a better quality assessment in order to conduct continuous improvements in the PC services, it is necessary to include indicators related to the concepts and tools of FCM. Considering the competences of the FCM, a quality concept in PC is proposed and dimensions to be included in the evaluation processes are indicated.

Keywords:

Health quality
Family and Community
Medicine
Primary Care

Resumen

El propósito de este estudio es contribuir al desarrollo del concepto y de los procesos relacionados a la evaluación de la Calidad en la Atención Primaria de Salud, bajo la perspectiva de Médicos de Familia y Comunidad (MFyC). Fue basado en la lectura de textos, discusión en grupo de trabajo y en una investigación con la aplicación de una encuesta semi estructurada a MFyC y otros profesionales provenientes de 19 países. Fueran obtenidas informaciones acerca de los servicios de APS y de las percepciones de sus procesos evaluativos, incluyendo los relacionados a la educación permanente, a la motivación y la sobrecarga de trabajo. Los resultados sugieren que evaluar de forma sistemática y adecuada la calidad de la APS en Iberoamérica aún es un proceso muy incipiente. Además, excepto por algunos pocos países, ni siquiera existe una APS universal con MFyCs en los equipos de salud. Por otro lado, si consideramos los principios y las practicas de la MFyC, parece haber una limitación de los instrumentos utilizados para evaluar la calidad en APS. Se concluye que para alcanzar una evaluación de calidad que pueda ser propulsora de una mejora continua de los servicios en la APS es necesario incluir indicadores relacionados a los conceptos y herramientas de la MFyC. Un concepto de Calidad en APS es propuesto y se indica las dimensiones a ser incluídas en los procesos evaluativos, considerando las competencias de la MFyC.

Palabras clave:

Calidad en Salud
Medicina Familiar
y Comunitaria
Atención Primaria

Introdução

A partir de Alma Ata - a Assembleia Mundial da Saúde realizada em 1978 - experimentaram-se avanços importantes na conformação e implementação de modelos de Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente nos países de economia mais desenvolvida, mas o mundo ainda está longe de atingir a meta estabelecida naquela Conferência.¹ Nos países de economia frágil, a baixa implementação de uma APS qualificada é um problema relevante devido a uma série de barreiras de índole conceitual, política, financeira e profissional.² Nem existe uma norma nacional e internacional em relação aos conceitos e à integralidade das ações que devem existir para uma APS de qualidade. Estes países convivem com diferentes modelos de APS que, em grande parte, estão dirigidos ao controle de doenças pontuais, e são implementados através de programas e pacotes verticais.³

Na América Latina, a Medicina Familiar (MF), especialidade de excelência para o desenvolvimento de uma APS de qualidade, apresenta diferentes etapas de desenvolvimento. Exceto Cuba e o México, não é necessário ter a especialidade para trabalhar na APS, contrariamente ao que acontece nos países de economia mais desenvolvida, como serem a Inglaterra, Canadá, Portugal ou Espanha.³ Mas, os tempos vêm mudando e estão ocorrendo verdadeiras reformas dos modelos de saúde em alguns países da América Latina ou, mesmo dentro dos mesmos, como é o caso da cidade do Rio de Janeiro, no Brasil.⁴

Neste contexto, e na medida que um modelo de saúde baseado nos princípios de uma Atenção Primária qualificada substitua outro anterior, é necessário haver uma reflexão por parte dos profissionais envolvidos na sua prática, de modo que seus objetivos sejam revisados. Também, neste caso, os processos avaliativos devem ser repensados a fim de conseguir a excelência no exercício profissional e da própria oferta dos novos serviços. Portanto, devem ser consideradas de maneira positivas as iniciativas de revisar os processos avaliativos no nível da APS que sejam propostas de forma colaborativa por equipes profissionais e de suas associações. A avaliação deve ser considerada, neste cenário, um instrumento chave para a melhora contínua da qualidade de Atenção Primária.⁵

Em contrapartida, é necessário evoluir no próprio conceito de qualidade em saúde. Com o desenvolvimento da humanidade, e com os avanços na biotecnologia médica é necessário fazer um chamado para (re)humanizar a assistência em saúde e oferecer serviços de maior qualidade, a partir de um enfoque holístico e que inclua os recursos humanos, o compromisso, e a vontade política necessários para prestar uma boa atenção médica. Há que se pensar no conceito de Qualidade a partir de uma perspectiva multidimensional,⁶ com profissionais adequados e com serviços de saúde acessíveis e equitativos.⁷ Além disso, incluir o conceito de Prevenção Quaternária (evitar, reduzir e atenuar o prejuízo provocado pela intervenção médica)⁸ e incluir os pacientes/usuários e sua satisfação e expectativas com o serviço recebido como parte ativa e importante dentro do processo.

É importante salientar que a qualidade possui uma conotação histórico-cultural, quer dizer, é específica para uma sociedade concreta. Desta forma, são importantes os fatores subjetivos ou psicossociais dos indivíduos, os profissionais e a comunidade (crenças, valores, etc.).⁹ Ou seja, a melhora da qualidade em APS deve constituir um objetivo permanente e deve se adequar aos novos desafios, tanto em função da crescente complexidade das necessidades de saúde da população, quanto pela transição epidemiológica e demográfica, e o atual contexto sociopolítico.¹⁰

Bárbara Starfield,¹¹ estudou muitos sistemas de saúde (especialmente a partir da década de 90 do s. XX), e evidenciou que as principais características que definem uma APS de qualidade têm a ver com 7 atributos. Quatro Atributos Essenciais: (1) atenção de primeiro contato/aceso, (2) longitudinalidade, (3) integralidade e (4) coordenação, e três 3 derivados: (1) orientação familiar; (2) orientação comunitária e (3) competência cultural.

Considerando a hipótese de que os processos de avaliação da qualidade em APS estejam pouco desenvolvidos na América Latina e na Ibero-América, este estudo tem por objetivo contribuir para desenvolvimento do conceito e nas práticas relacionadas à Qualidade em Saúde a partir da visão da Medicina de Família e Comunidade.

Metodologia

Estudo de caráter exploratório e abordagem quali-quantitativa, desenvolvido a partir de uma Equipe de Trabalho, dentro das atividades pré, per e pós a 6ª Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, realizada na cidade de San José de Costa Rica, em abril de 2016. Como processo de trabalho, o primeiro passo foi constituir o grupo com representantes das Associações de MFC da Ibero-América, em outubro de 2015. A seguir, foi feito um levantamento bibliográfico focado nos processos avaliativos da APS, valorizando aqueles que eram utilizados no nível de país ou região. Em janeiro e fevereiro de 2016, através com a colaboração do Grupo de Trabalho, foi elaborada e se aplicou uma enquete semiestruturada, a MFCs e a outros profissionais interessados, provenientes de 19 países e respondida via questionário *online*. Nesta enquete foram buscadas informações sobre as características dos serviços prestados na APS dos países, além das percepções acerca de seus processos avaliativos. As informações obtidas abrangeram: profissão, especialidade, país, conhecimento sobre se é feita avaliação de qualidade nos seus países,

e as características da avaliação: participação dos profissionais, periodicidade, adoção nacional ou não; indicadores utilizados; planejamento das atividades na unidade, tipos de serviços de saúde prestados à população, assim como a percepção de sobrecarga ou de motivação para o trabalho. Logo depois, o grupo se reuniu para analisar e debater os dados e, baseando-se nos resultados, fazer recomendações sobre o tema.

Resultados

Estudos em qualidade na APS

Foi feita uma pesquisa com as palavras de busca: qualidade, atenção primária e medicina de família, com o intuito de encontrar algum estudo que evidenciasse uma perspectiva país ou região, preferentemente na América Latina e/ou Ibero-América. Encontrou-se uma revisão sistemática da literatura, realizada no Brasil¹² com o objetivo de identificar instrumentos nacionais e internacionais para a avaliação da APS nos serviços de saúde. Nesta matéria foram identificados 3048 estudos, publicados entre 1979 e 2013. Os instrumentos validados em português, espanhol ou inglês e destacados nesta matéria foram: (1) *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); (2) *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); (3) *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para a APS); e (4) *PCA Tools (Primary Care Assessment Tool)*, (5) *EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care)* e (6) *PMAQ (Programa Nacional para a Melhora no Acesso e Qualidade da Atenção Primária)*, utilizado no Brasil.

Dentre eles, destacamos três por apresentarem um caráter mais amplo incluindo, necessariamente, a organização e a prática da APS e envolvendo as equipes de saúde no processo avaliativo. Também porque estão sendo utilizados em uma perspectiva internacional ou regional ou em países da América Latina como o Brasil:

- a) *PCA Tool* baseado no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde proposto por Donabedian¹³ - indicadores de estrutura, processo e resultados - e desenvolvido pela equipe de Starfield no Johns Hopkins University. É constituído de 77 perguntas (itens) abrangendo os sete atributos da APS e permite, através de respostas de tipo Likert, obter valor de 1-4 para cada atributo. É dirigido aos profissionais da saúde e à população atendida. Não diferencia se o profissional médico é Médico de Família, ou um médico generalista, ou de qualquer especialidade, ou se é enfermeiro. Também não abrange técnicas específicas de abordagem centrada na pessoa, de abordagem familiar ou comunitária.
- b) *PMAQ-AB (2011)*, utilizado no Brasil para avaliar e promover o aperfeiçoamento da estratégia Saúde da Família/APS¹². É um programa elaborado e implementado especificamente para o contexto da APS. Abrange os profissionais da saúde que formam parte das equipes, os usuários e as diferentes instâncias gestoras de todos os municípios. Foi criado por iniciativa governamental. Seu principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhora da qualidade da APS, garantindo um padrão comparável de qualidade no nível nacional, regional e local, a fim de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas para a APS. É fundamentado, entre outros aspectos, nos seguintes:
 - A autoavaliação da equipe de saúde: baseados nas respostas dos próprios avaliados, inclusive dos usuários: estimula a coletividade a revisar o processo de trabalho e a pensar em modos de mudá-lo para superar problemas e atingir objetivos pautados por esse mesmo coletivo.
 - O monitoramento: registro de indicadores de atenção e dados sócio-demográficos.
 - A Educação Permanente: impulsionada pelas necessidades locais da equipe/comunidade, exigindo dos seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

- Além da avaliação dos profissionais, há uma Avaliação Externa, baseada:
 - Em um processo incremental, contínuo e progressivo de melhora dos padrões e indicadores de acesso e qualidade abrangendo: gestão, processo de trabalho e resultados atingidos;
 - Na Transparência em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados;
 - Na Participação Voluntária, tanto das equipes de APS quanto dos gestores municipais; seu sucesso depende da motivação e da pró-atividade dos atores envolvidos.
- c) EUROPEP - dedicado mais especificamente a explorar a qualidade em Atenção Primária a partir da perspectiva do Usuário - é um sistema de avaliação por parte dos pacientes acerca dos serviços prestados pelos médicos de família. Foi desenvolvido nos anos noventa pela EQUIP¹⁴ através da colaboração de representantes de diferentes países da Europa. Seus objetivos são melhorar a prática, o rendimento e a organização da assistência dos médicos de família na APS. O EUROPEP consta de 3 partes:
1. Indicadores chave (relação e comunicação, cuidado da saúde, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços).
 2. Áreas específicas de indicadores de satisfação (consulta, agenda programada e acessibilidade, características do profissional, condições dos centros de saúde e serviços prestados).
 3. informação sobre os usuários (dados socioeconômicos e de saúde e atitudes depois da experiência de atenção).

Também não diferencia a especialidade do médico que presta a assistência.

Resultados da enquete

Responderam à enquete: 81 profissionais oriundos de 19 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Espanha, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Portugal, Porto Rico, Uruguai, Venezuela; dois procediam de outras regiões: Índia, Estados Unidos da América. Os respondentes foram considerados neste estudo como informantes chave, já que são representantes das associações de Medicina de Família da Ibero-América e/ou foram contatados por elas. A distribuição, em conformidade com a atividade laboral, foi a seguinte: Médicos de Família e Comunidade 87,7% (71 participantes); Residentes de MFC: 9,9% (8); Gestor em Saúde 2,5% (2).

A respeito a se era feita uma avaliação sistemática da qualidade em seus países, 41% respondeu que não. No caso das respostas de que sim eram feitas, houve críticas pela qualidade do instrumento, e também que não refletiria adequadamente se estaria se proporcionando ou não uma atenção de qualidade (Figura 1).

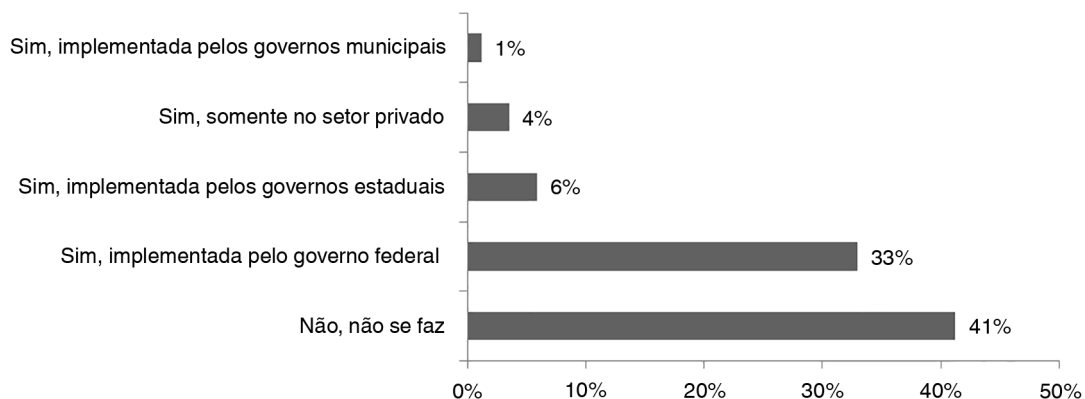


Figura 1. No seu país, a avaliação da qualidade da Atenção Primária de Saúde (APS) é realizada sistematicamente?
Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

Quanto à periodicidade 41% informaram que era realizada uma vez por ano e 39%, semestral.

Em referência à percepção sobre a motivação e a carga de trabalho dos profissionais, 91% responde que não é avaliada de forma sistemática sempre que os MFC estiverem motivados (Figura 2) e que 80% pensa que os MFCs do seu país se sentem oprimidos com a carga de trabalho (Figura 3).

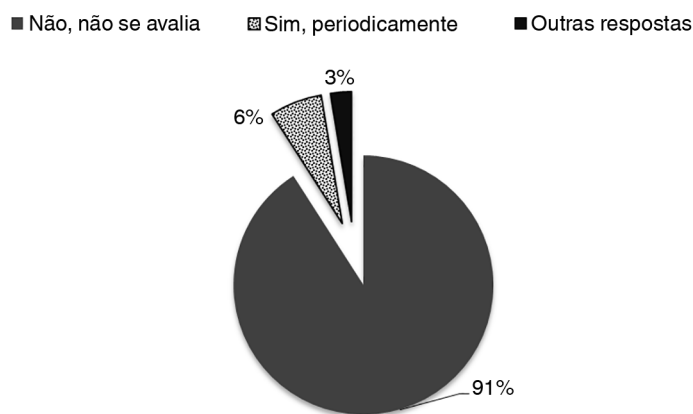


Figura 2. No seu país, é avaliado sistematicamente se os MFC estão motivados para trabalhar?
 Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

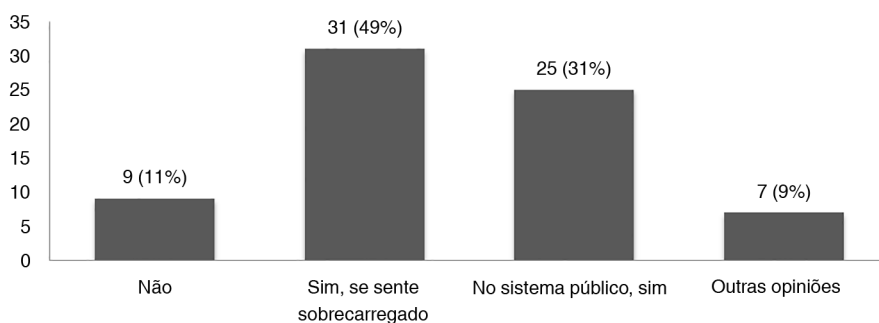


Figura 3. No seu país, o MFC se sente oprimido com a carga de trabalho?
 Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

Participação direta dos profissionais de saúde nas unidades de APS nos processos avaliativos da qualidade

Cerca de 67% informa que não participa diretamente e cerca de 29% informam que são eles quem fazem a avaliação dos serviços.

Planejamento das ações de saúde e/ou organização dos processos de trabalho

35% informa que não são realizadas reuniões periódicas com essa finalidade. Dentre aqueles que fazem, a periodicidade é mensal em 43%, semanal em 27%, e semestral em 22%.

O Desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais de saúde se faz de acordo com as necessidades de saúde da população local

Cerca de 70% responderam afirmativamente. Neste tópico, alguns informaram que, muitas vezes, os próprios MFCs não se interessam pelas capacitações, e outros que os MFC participam, mas não o resto dos profissionais da unidade.

Indicadores de avaliação da APS

Em relação aos indicadores de avaliação da qualidade na APS, os mais utilizados são os quantitativos (50%); de prevalência/incidência de doenças (29%). Só 23% declara que seu país utiliza indicadores de processo para avaliar a APS (por exemplo: taxa de diminuição de Índice de Massa Corporal (IMC) em obesos; taxa de interrupção de tabaquismo, entre outros).

Dentre os atributos essenciais e derivados da APS de acordo com Bárbara Starfield, os indicadores mais utilizados na avaliação dos participantes do estudo são os de acesso (34%) e coordenação do cuidado (19%). A competência cultural, a abordagem comunitária, a abordagem familiar e a longitudinalidade atingem menos de 15%. (Figura 4).

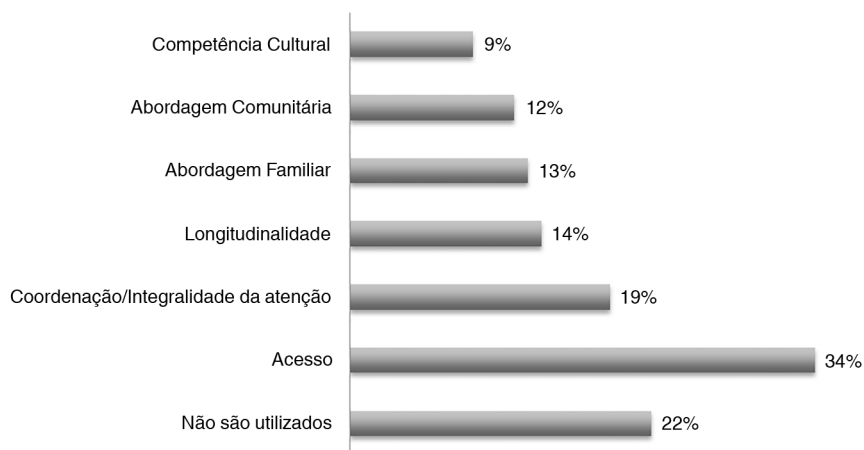


Figura 4. Considerando os atributos essenciais e derivados da APS (segundo Bárbara Starfield), indique os indicadores que utilizados habitualmente no seu país.

Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

Serviços prestados na APS

Para a maioria dos participantes (78%), existe um pacote assistencial para a APS, mas para 43% este não é homogêneo para todo o país. Por sua vez, parece haver restrições importantes para o acesso a exames e procedimentos a partir das unidades de saúde: o Eletrocardiograma está disponível em 48% dos casos, as provas de imagem mediante Rx em 38%, a Ecografia em 4%, e outras Provas diagnósticas em 46%. Ao mesmo tempo existem barreiras para o acesso à medição de TSH (hormona tiro-estimulante), Hemoglobina glicosilada, ou cintigrafia miocárdica.

Em relação aos tipos de serviços prestados na APS, 69% informam que a puericultura não se realiza nos serviços de APS. Por outro parte, as Visitas Domiciliares, a Abordagem de temas como gênero e sexualidade, e a atenção à Saúde mental são realizadas em cerca de 60% dos casos. A participação social, e as atividades de grupos de educação em saúde, só em 38 e 25%, respectivamente (Figura 5).

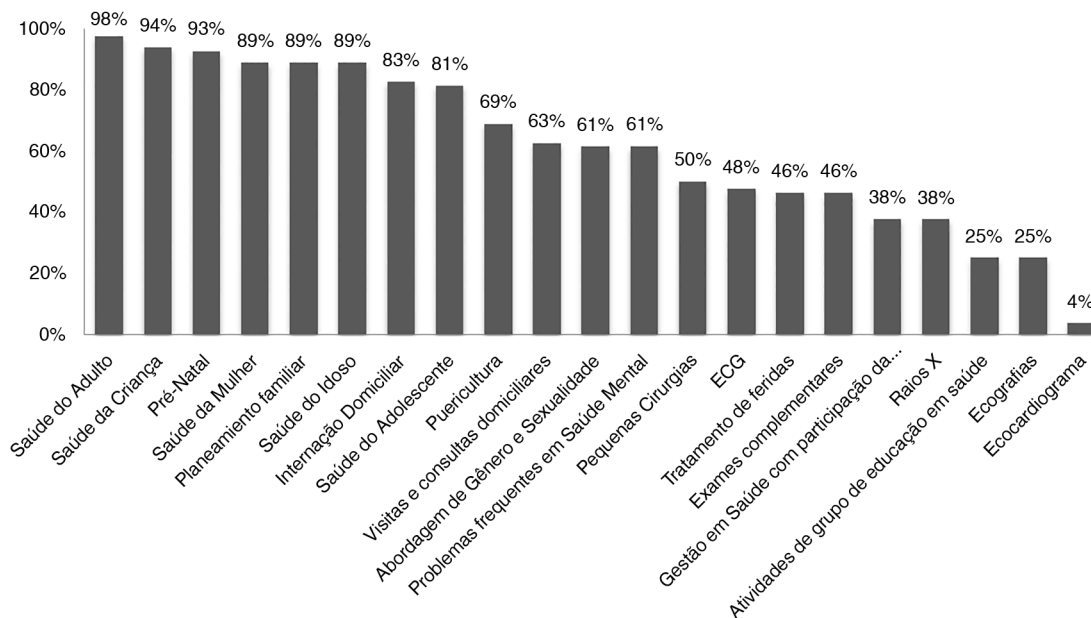


Figura 5. Serviços prestados (%) em uma unidade de Atenção Primária segundo os participantes.
Fonte: Enquete CIMF, fevereiro de 2016 - Qualidade nos Sistemas de Saúde na Ibero-América.

Discussão

Este estudo sofre das limitações de um estudo de caráter exploratório. Tem uma perspectiva problematizadora e permite iniciar uma reflexão mais profunda acerca da prática assistencial e dos processos de avaliação na APS a partir da visão de MFCs em diferentes países da América Latina. Levanta problemas potencialmente importantes neste processo, como as possíveis limitações dos instrumentos de avaliação existentes e a própria inexistência de processos sistemáticos de avaliação da qualidade.

Com base no artigo de revisão de avaliação de qualidade de a APS mencionado anteriormente, poderia se dizer que nestes estudos não se faz consideração específica acerca da existência ou da necessidade de ter Médicos de Família nas equipes como um dos parâmetros de qualidade. Talvez porque a maioria desses estudos são originados em países onde a MFC é uma especialidade obrigatória e necessária para trabalhar em APS, portanto não seria necessário explicitá-lo. Mas, temos aí um problema potencial: quando estes estudos são realizados em países onde a especialidade não é obrigatória, pode se produzir o erro de atribuir à APS *per se*, com e sem MF, tanto os bons quanto os maus resultados. Também cabe salientar que os estudos, em geral, não abrangem instrumentos específicos utilizados na prática clínica cotidiana acerca da abordagem centrada na pessoa, da abordagem familiar ou comunitária. As questões que surgem em relação a estas dimensões são pautadas pela impressão geral do usuário ou do profissional de saúde a respeito de sua utilização ou não. É possível que aqui também haja uma percepção limitada por concepções locais ou mais pontuais do que é a MFC, de modo tal que a utilização de instrumentos específicos de sua prática sejam colocados de forma geral ou baseados no sentido comum. Agravante é também o fato de ter pouca pesquisa sistemática sobre a organização ou o desempenho da APS e que não há uma visão crítica dos mecanismos institucionais para seu monitoramento e avaliação.

Relativo aos resultados da enquete se destaca, por exemplo, o fato de não ter pesquisa sobre a motivação profissional ou a sobrecarga de trabalho dos MFCs, nem acerca da satisfação dos usuários.

Outro ponto que merece destaque é que a maioria informa que não há participação direta dos profissionais de saúde das unidades de APS nos processos avaliativos da qualidade, e que os indicadores de avaliação são, em sua maioria, quantitativos, com uma baixa atenção nos indicadores de processo.

Chama a atenção a limitação - ou mesmo a inexistência - de alguns serviços básicos na APS, incluindo a puericultura, as Visitas Domiciliares, a abordagem em saúde mental e de temas como gênero e sexualidade. As atividades de participação social e de grupos de educação em saúde parecem também não serem feitas na medida esperada ou necessária.

Da mesma forma, parece haver pouco interesse em avaliar os atributos essenciais ou derivados da APS, como a coordenação, a longitudinalidade, a competência cultural, a abordagem familiar e comunitária. Ainda existem barreiras de acesso a exames e, mesmo existindo pacotes assistenciais para a APS, estes são insuficientes ou não são homogêneos, inclusive dentro dos próprios países.

Como resultados positivos, podemos citar a existência de planejamento das ações de saúde e/ou da organização do processo de trabalho na APS, na maioria das respostas. Também, a existência de um processo de desenvolvimento profissional contínuo para os profissionais da saúde.

Conclusão

Implementar uma APS universal na América Latina com MFCs nas equipes de saúde ainda é um desafio. Avaliar a qualidade da APS na Ibero-América é uma tarefa em desenvolvimento e resta muito por fazer. Para que se faça de um modo eficaz e atento aos princípios contemporâneos de qualidade em saúde, e também da própria MFC, é fundamental envolver a MFCs na elaboração, revisão, e propostas de aperfeiçoamento dos instrumentos existentes. É necessário e estratégico incluir ferramentas e aspectos específicos da prática da MFC, não habitualmente abordados ou incluídos de modo adequado, quando os parâmetros de qualidade são elaborados unicamente por outros profissionais ou especialistas.

Também é necessário incluir os MFCs nas atividades práticas relativas aos processos avaliativos da qualidade da APS, seja como avaliadores ou como profissionais da saúde em atuação. É muito importante chamar a atenção sobre a necessidade de explicitar a existência, ou não, de MFC nas equipes de saúde, como um dos fatores essenciais para uma APS ser considerada de qualidade.

Como contribuição deste trabalho, a partir das considerações e as propostas contidas nele, consideramos que:

- A QUALIDADE da Medicina de Família e Comunidade, como especialidade, e da Atenção Primária como estratégia, devem ser avaliadas de forma interdependente.
- Deve ser um processo de melhora contínua, baseada em uma avaliação quali-quantitativa, sistemática e dinâmica.
- Deve servir para retroalimentar e aperfeiçoar as ações de saúde desenvolvidas e dirigidas à população designada a uma unidade de APS.
- Deve abranger mecanismos autorreguladores e de autoavaliação, envolvendo os profissionais das equipes de saúde, as pessoas, as famílias e a comunidade assistida.
- Deve estar relacionada a um rol de princípios e ações a serem avaliadas de forma sistemática, permanente e dinâmica, tendo por objetivo o desenvolvimento e a melhora contínua dos Atributos Essenciais (Acesso/Porta de Entrada; Coordenação do Cuidado, Integralidade, Longitudinalidade) e Derivados da APS (Orientação Familiar; Orientação Comunitária; Competência Cultural), assim como da MFC (Abordagem Biopsicossociocultural do processo saúde-doença; Cuidado em Saúde com enfoque na pessoa, as famílias e as comunidades, independente do sexo, grupo de idade ou estado de saúde; Excelência Clínica com elevada resolutividade para os problemas de saúde mais frequentes apresentados por uma população adscrita).

Deve abranger, necessariamente, indicadores multidimensionais relacionados a 10 grupos de elementos essenciais:

1. Os Atributos essenciais e derivados da Atenção Primária.
2. Ferramentas da MFC, com base no paradigma biopsicossocial em uma perspectiva sistêmica, incluindo a Abordagem Centrada na Pessoa, Familiar e Comunitária, como por exemplo, o uso de familiograma, de instrumentos de diagnóstico comunitário, entre outros.
3. Cuidados em saúde considerando os problemas e as necessidades de saúde ao longo das vidas das pessoas, famílias e comunidade de uma população adscrita.
4. Equipe de saúde mínima para um determinado grupo populacional/população adscrita - necessariamente com médico de família, enfermeiro e técnicos de saúde.
5. Efetividade e equidade dos serviços de saúde ofertados, considerando a lei dos cuidados inversos, a segurança do paciente e baseado nos princípios da prevenção quaternária.
6. A participação da equipe de saúde e da sociedade/comunidade organizada nos processos diagnósticos dos problemas de saúde e do planejamento e gestão dos serviços ofertados.
7. Desenvolvimento contínuo das competências profissionais e pessoais dos membros da equipe de saúde, incluindo sua motivação e satisfação para o trabalho.
8. Papel da APS no sistema de saúde, considerando sua integração, coordenação, e sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis do sistema de saúde, além de outros atores intersetoriais.
9. Adequação do processo diagnóstico e terapêutico de acordo às necessidades de saúde, garantindo os recursos necessários, incluídas as condições de estrutura físico-funcional das unidades de saúde.
10. Experiências positivas e de segurança das pessoas, famílias e comunidades em relação ao trato humano dos cuidados profissionais e dos serviços de saúde realizados.

Baseando-nos no que foi exposto e discutido neste grupo de trabalho, apresentamos as seguintes diretrizes:

1. Propor um modelo de avaliação da qualidade da atenção em APS e MFC para a Ibero-América, a partir dos conceitos e características de qualidade estabelecidos neste documento, considerando os instrumentos já existentes e disponíveis para uso, em especial, o PMAQ e o PCATOOLS, ambos já traduzidos para o espanhol e para o português.
2. Organizar e implementar uma pesquisa regional para que seja estabelecida uma linha de base que permita avaliar os resultados e acompanhar a melhora contínua da qualidade da AP e da MFC na Ibero-América.
3. Promover a implementação de um modelo de avaliação próprio da AP e da MFC nos sistemas de saúde da Ibero-América e, talvez, no contexto mundial.

Referências

1. Declaración de Alma Ata, disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
2. Haq C, Ventres W, Hunt V, Mull D; Thompson, R; Rivo, M; Johnson, P. Donde no hay médico de familia: el desarrollo de la medicina familiar en el mundo/Where there is no family doctor: the development of family practice around the world. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP);120(1):44-58, ene. 1996.. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n1p44.pdf>
3. Anderson MIP. Rojas Armadillo ML. Taureaux Díaz N Cuba Fuentes MS. Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar, Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2016 Ene-Mar; 12(Suppl 1):4-30 disponible en: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1276>

4. HOWE, Amanda; ANDERSON, Maria Inez Padula; RIBEIRO, José Mendes e PINTO, Luiz Felipe. 450th anniversary of the city of Rio de Janeiro: Primary Health Care Reform. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.5 [citado 2016-08-20], pp.1324-1326. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501324&script=sci_arttext&lng=en
5. J.R. Villalbí, M. Pasarín, I. Montaner, C. Cabezas, B. Starfield, et al. Evaluación de la atención primaria de salud, *Aten Primaria* 2003;31(6):382-5
6. García R.E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina, *Rev. Med. Chile* 2001; 129 (7).
7. Zurro AM; Gloria Jodar Solà GJ, Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria -, Elsevier, 2011 - <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
8. Gervas J, Gavilán E. JimenezL.Prevenção cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF* 2012;8(6):312-7[http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=994&id=No_todo_es_clinica\(14\).pdf](http://amf-semfyc.com/web/downloader_articuloPDF.php?idart=994&id=No_todo_es_clinica(14).pdf)
9. Pérez CM, Ortiz-Reyes RM, Llantá-Abreu MC, Peña-Fortes M, Infante-Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2008 dic;34(4):0-0). http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
10. Ministerio de Saúde de Brasil.Secretaría de Atención de Salud. Departamento de Atención Primaria. Salud más próxima de usted. Acceso y calidad programa nacional de mejora del acceso y la calidad de la atención primaria (PMAQ): manual instructivo, 2012 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_mas_proxima_usted_acesso.pdf
11. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.
12. Fracolli LAG; Pereira MF, Zequini NFR, Santos Mariana Souza; Kelly CV, ACC Almeida Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciênc. saúdecoletiva* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Apr 05]; 19(12): 4851-4860. Availablefrom: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204851&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>
13. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*. Washington D.C.:OPS/OMS;1992.p.382-404. (Publicación Científica; 534).
14. European Society for Quality and Safety in Family Practice (<http://equip.dudal.com/>)