

REVISTA BRASILEIRA DE **MEDICINA DE**
FAMÍLIA E
COMUNIDADE



Volume 8, Número 29, Out-Dez 2013
ISSN 2179-7994



www.rbmfc.org.br



Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Brazilian Journal of Family and Community Medicine
Revista Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria

INFORMAÇÃO PARA AUTORES / INFORMATION FOR AUTHORS

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e tem como Objetivo publicar artigos originais, perspectivas, debates e discussões sobre todos os aspectos da Medicina de Família e Comunidade e da Atenção Primária à Saúde, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços, e as políticas públicas relacionadas à MFC e APS.

A RBMFC está aberta para submissões online de artigos sujeitos ao processo de avaliação pelos pares. Por favor, antes de submeter seu artigo, verifique no site da revista as Diretrizes para Autores disponível na seção Sobre. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Periodicidade trimestral/Publication Frequency quarterly four issues per year (March/June/September/December).

EQUIPE EDITORIAL

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ailton Tetelbom Stein, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Brasil Prof. Dr. Angelmar Constantino Roman, Faculdade de Medicina da Universidade Positivo (UP), Brasil Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanelle, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Brasil Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil Prof. Dr. Erno Harzheim, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Juan Gêrvias, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Espanha Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu, Faculdade de Saúde Pública (FSP-USP), Brasil Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dra. Maria Inez Padula Anderson, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dr. Michael Kidd, Flinders University, Austrália Prof. Me. Nulvio Lermen Junior, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), Brasil Prof. Dr. Ricardo Donato Rodrigues, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil Prof. Dra. Sandra Fortes, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Brasil

EDITOR

Prof. Me. Armando Henrique Norman, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil, editor.rbmf@sbmf.org.br

EDITORES ADJUNTOS

Josane Araujo Norman Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC), Brasil Thayse Palhano de Melo, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil

EDITOR DE SEÇÃO

Dr. Michael Schmidt Duncan, OSS Viva Comunidade, Clínica da Família Maria do Socorro Silva e Souza, Brasil

SECRETÁRIO-EXECUTIVO – BIBLIOTECÁRIO

David Matos Milhomens, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), Brasil, david@sbmf.org.br

CONSELHO CIENTÍFICO

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Jr, Universidade Federal do Ceará, Brasil Prof. Dra. Aldaísa Cassanho Forster, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Altacilio Aparecido Nunes, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dr. Amaury Leles Dal-Fabbro, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Camila Giugliani, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dra. Danielle Fernandes Godoi, Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Brasil Prof. Dr. Ernani Tiaraju de Santa Helena, Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Brasil Prof. Dr. João Mazzoncini de Azevedo Marques, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP-USP), Brasil Prof. Dr. João Werner Falk, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. José Ricardo de Mello Brandão, University of Toronto, Canadá Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos, Universidade de São Paulo (USP), Brasil Prof. Dra. Maria Inês Reinert Azambuja, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Mario Maia Bracco, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein (IIEP), Brasil Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil Prof. Dra. Olga Maria Fernandes de Carvalho, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dra. Patricia Barreto Cavalcanti, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Brasil Prof. Dr. Renan Magalhães Montenegro Junior, Universidade Federal do Ceará (UFC), Brasil Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil Prof. Dr. Rodolfo de Carvalho Pacagnella, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil Prof. Dr. Vitor Engrácia Valenti, Faculdade de Filosofia e Ciências, Brasil

REVISORES "AD HOC"

Adilson Domingos dos Reis Filho (UNIVAG) Adriana Valéria Assunção Ramos (UNIFOR) Alcione Tavora Kullok (FUNEC) Alessandro Leite Cavalcanti (UEPB) Alessandro da Silva Scholze (UNIVALI) Aline Guerra Aquilante (UFSCar) Ana Cristina Vidor (Prefeitura Municipal de Florianópolis) André Luis Bezerra Tavares (UFC) Andréa Sílvia Walter de Aguiar (UFC) Angela Helena Marin (UNISINOS) Bruno Souza Benevides (UECE) Carla Maria Ramos Germano (UFSCar) Celso Zilbovicius (UNIFESP) César Augusto Orazem Favoreto (UERJ) César Monte Serrat Titton (PMF) Cristine Vieira do Bonfim (FUNDAJ) Daniel Almeida Gonçalves (UNIFESP) Daniela Dallegre (GHC) Débora Gusmão Melo (UFSCar) Donovan Casas Patiño (México) Hamilton Lima Wagner (PMF) Daniel Knupp Augusto (Unimed Belo Horizonte) Elson Romeu Farias (ULBRA) Fernanda Lazzari Freitas (PMF) Francisco Jorge Arsego Quadros de Oliveira (UFRGS) Gabriela dos Santos Buccini (SPED) Giannina Maria do Espírito Santo Wildhagen (UNISUAM) Gustavo de Araújo Porto Landsberg (UNIFENAS) Isanete Geraldini Costa Bieski (UFMT) José Aroldo Lima Gonçalves-Filho (PMERJ) José Mauro Ceratti Lopes (GHC) José Carlos Prado Junior (SMSDC-RJ) José Eduardo Corrente (UNESP) Josenaide Engracia Santos (UNEB) Luis Antônio Benvençú (UNIJU) Leonardo Vieira Targa (UCS) Liz Ponnet (UNIFESP) Lucas Mello Pioner (UFSC) Lucia Alves S. Lara (USP) Luciana Kind (PUCMG) Luis Filipe Cavadas (Portugal) Luiz Miguel Santiago (Portugal) Luis Pisco (Portugal) Magda Moura de Almeida Porto (UNIFOR) Marcelo Rodrigues Gonçalves (UFRGS) Marcello Dala Bernardina Dalla (UVV) Marcelo Kolling (PMC) Márcia Regina Martins Alvarenga (UNEMAT) Marcio Costa de Souza (UESB) Marco Aurélio Oliveira Góes (Governo do Estado de Sergipe) Maria Cristiane Barbosa Galvão (USP) Maria Eugênia Bresolin Pinto (UFCSA) Maristela Carbol (UFSCar) Marlos Suenney de Mendonça Noronha (UFS) Moema Guimarães Motta (UFF) Nathan Mendes Souza (MS) Nelson Robson Mendes de Souza (UERJ) Nilson Massakazu Ando (SEMSA) Pablo de Lannoy Stürmer (GHC) Paulo Poli Neto (Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba) Patricia Sampaio Chueiri (DAB) Patricia Taira Nakanishi (UnB) Rachel de Faria Brino (UFSCar) Renata Cereda Cordeiro (UNIFESP) Renata Giannecchini Bongiovanni Kishi (UFSCar) Ricardo de Mattos Russo Rafael (UNIG) Roberto Nunes Umpierre (UFRGS) Rodrigo Caprio Leite de Castro (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição) Rodrigo da Silva Dias (UEPA) Rogerio Luz Coelho Neto (FEPAR) Rosana Pimentel Correia Moysés (UFAM) Rosângela Ziggliotti Oliveira (UEM) Rosimere de Jesus Teixeira (UERJ) Ruth Borges Dias (UNIFENAS) Sergio Antonio Sirena (GHC) Shamyry Sulvan de Castro (UFTM) Tânia de Araújo Barboza (UNIFOR) Tania Toledo de Oliveira (UFV) Thiago Roberto Castellane Arena (CBM) Thiago Dias Sarti (UFES) Thiago Gomes da Trindade (UFRN) Tiago Villanueva Gutierrez Marques (Portugal) Ubiratan Adler (UFSCar) Yuji Magalhães Ikuta (UEPA) Valéria Ferreira Romano (UFRJ) Ana Lucia Soares Camargo Fagundes (UNES) Ângela Jornada Ben (Hospital de Clínicas de Porto Alegre) Célia Aparecida Paulino (UNIBAN) Fernanda Vieira Rodovalho Callegari (UFSCar) Francisco Rogeriândio Martins de Melo (UFC) Juliana Oliveira Soares (SMS/DF) Leonardo Ferreira Fontenelle (EMESCAM) Leonardo Silva Borges Roever (USP) Lourdes Luzón Oliver (PRMFC-SMSDC) Lucas Alexandre Pedebes (PMF) Luiz Felipe da Silva Pinto (UFRGS) Maria Cristina Almeida de Souza (USJ) Otávio Emmel Becker (PUCRS) Ricardo Ricardo Hugo Gonzalez (UFC) Rita Francis Gonzalez y Rodrigues Branco (PUC-GO) Roberta Georgia Sousa dos Santos (UNIG) Rodrigo Siqueira Batista (UFV) Rogério Dias Renovato (UFMS) Roberto Henrique Amorim de Medeiros (UFRGS) Washington Luiz Abreu de Jesus (UFBA) Rafael Nicolau Carvalho (UFPB) Sandra Maria Spedo (UNIFESP) Tereza Cristina dos Reis Ferreira (CESUPA)



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-040

www.sbmfc.org.br

Diretoria da SBMFC (2012 - 2014)

Nulvio Lermen Junior
Presidente
Thiago Gomes Trindade
Vice-Presidente
Paulo Poli Neto
Secretário Geral
Cleo Borges
Diretor Financeiro
Ademir Lopes Junior
Diretor de Comunicação
Daniel Knupp
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação Lato Sensu
Roberto Umpierre
Diretor de Graduação e Pós-Graduação Strictu Sensu
Juliana Oliveira Soares
Diretora Científica
Emílio Rossetti Pacheco
Diretor de Titulação
Oscarino dos Santos Barreto Junior
Diretor de Exercício Profissional
Nilson Massakazu Ando
Diretor de Medicina Rural

Conselho Diretor da SBMFC

Cristiana Hartmann
Acre
Ana Cláudia Soares da Silva
Alagoas
Nilson Ando
Amazonas
José Tadeu Tramontini
Bahia
Tales Coelho Sampaio
Ceará
Tiago Sousa Neiva
Distrito Federal
Marcello Dala Bernardina Dalla
Espírito Santo
Sandro Rogério Rodrigues Batista
Goiás
Fabiano Gonçalves Guimarães
Minas Gerais
Fernando Antonio Santos e Silva
Mato Grosso
Ivo Alves de Freitas
Mato Grosso do Sul
Yuji Magalhães Ikuta
Pará
Rodrigo Arruda Pinho
Pernambuco
Marcelo Garcia Kolling
Paraná
Cristiane Coelho Cabral
Rio de Janeiro
Robinson Cardoso Machado
Rorônia
José Mauro Ceratti Lopes
Rio Grande do Sul
Marcela Dohms
Santa Catarina
Levi Higino Jales Junior
Rio Grande do Norte
Denise Santos do Nascimento
Sergipe
Zeliete Linhares Leite Zambon
São Paulo
Raimundo Célio Pedreira
Tocantins

Copyright: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade / Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. -- v. 1, n.1 (abril, 2004).-- Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2004 -

v.; 24cm

Trimestral

Resumo em português, inglês e espanhol
Disponível na internet: <http://www.rbmf.org.br>
Volume 8, Número 29, Outubro-Dezembro, 2013
ISSN 1809-5909 (Impresso)
ISSN 2179-7994 (Online)

1. Medicina da Família. Periódico. I. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, SBMFC.

CDD 362.1

Filiada a



Ministério da Saúde



Indexada em



Sumário / Summary / Sumario

EDITORIAL

223 Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento)

Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente)

Strong Primary Care is that one which has instruments that allow measuring the quality it offers (to improve it continuously)

Juan Gérvas

225 PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária

PCATool: primary care assessment tool

PCATool: instrumento de evaluación de la atención primaria

Armando Henrique Norman, Josane Araujo Norman

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES

227 La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares

A experiência de continuidade com o provedor de atenção primária em escolares

The experience of continuity with the primary care provider with schoolchildren

Carolina Rivera, Gabriela Felló, Silvina Berra

235 A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus

Primary health care quality and diabetes care

La calidad de la atención primaria y el manejo de la diabetes mellitus

Marcelo Rodrigues Gonçalves, Erno Harzheim, Aline do Amaral Zils, Bruce Bartholow Duncan

244 Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde

Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals

Traducción, adaptación, validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de la Atención Primaria de Salud (PCATool) en Brasil: versión profesionales de la salud

Lisiane Hauser, Rodrigo Caprio Leite de Castro, Álvaro Vigo, Thiago Gomes da Trindade,

Marcelo Rodrigues Gonçalves, Airton Tetelbom Stein, Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim

256 PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida

PCATool-ADULT-BRAZIL: a reduced version

PCATool-ADULTO-BRASIL: una versión reducida

Mônica Maria Celestina de Oliveira, Erno Harzheim, João Riboldi, Bruce Bartholow Duncan

264 Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil

Assessing the quality of care for the elderly in services from public primary health care in Porto Alegre, Brazil

La evaluación de la calidad de la atención a los ancianos en los servicios públicos de atención primaria de salud en Porto Alegre, Brasil

Elise Botteselle de Oliveira, Mary Clarisse Bozzetti, Lisiane Hauser, Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim

- 274 Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos**
Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults
Validación del instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud: PCATool-Brasil adultos
Erno Harzheim, Mônica Maria Celestina de Oliveira, Milena Rodrigues Agostinho, Lisiane Hauser, Airton Tetelbom Stein, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Thiago Gomes da Trindade, Silvina Berra, Bruce Bartholow Duncan, Barbara Starfield
- 285 Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil**
Evaluation of primary health care attributes in Chapecó, Brazil
Evaluación de los atributos de la atención primaria de salud en Chapecó, Brasil
Angela Moreira Vitoria, Erno Harzheim, Silvia Pasa Takeda, Lisiane Hauser
- 294 Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba**
Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba
Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria en Curitiba
Eliane Chomatas, Alvaro Vigo, Inês Marty, Lisiane Hauser, Erno Harzheim

Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento)

Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente)

Strong Primary Care is that one which has instruments that allow measuring the quality it offers (to improve it continuously)

Juan Gérvas. Médico general, Equipo CESCA (Madrid, España). Profesor (honorario) de Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid. Profesor (invitado) de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid. jgervasc@meditex.es

Hay que evitar dar respuestas simples a situaciones y problemas complejos. Tales soluciones suelen ser erróneas. Por ejemplo, en el sector de la salud cada vez hay más personas, familias y comunidades que presentan problemas más complejos, mientras que el sistema sanitario pretende ofrecer soluciones simples, aquellas que en el pasado ayudaron a resolver otros problemas y otras situaciones. ¿Los actuales pacientes, familias y comunidades son algo complejo o es el sistema sanitario con el que pretendemos dar respuesta algo demasiado simple para la cambiante situación epidemiológica, social y tecnológica?

El sistema sanitario precisa de un cambio continuo para responder a las cambiantes necesidades de la salud. Por ejemplo, la llegada del teléfono móvil (celular) ha cambiado las comunicaciones para los miembros de todas las clases sociales en todos los ámbitos de la vida. Sólo el sector sanitario se mantiene ajeno a tal revolución silenciosa. Así, el teléfono móvil (celular) rompe las barreras geográficas y administrativas y proporciona accesibilidad con sus muchas “aplicaciones” (electrocardiograma, ecografía, fotografía y tele-consultas, entre otras) que llevan tecnología no sólo a la casa del paciente, sino también a las zonas rurales y/o aisladas. ¿Qué ha hecho al respecto el sistema sanitario público? ¿Los agentes comunitarios utilizan el teléfono móvil (celular) para mejorar su calidad de atención? ¿Lo utilizan los médicos de familia para facilitar el seguimiento de pacientes en situaciones de crisis, como en los casos de esquizofrenia mal controlados? ¿Facilita el teléfono móvil (celular) el trabajo a domicilio de las enfermeras y técnicos?

En todos los países del mundo hay cambios que obligan al re-diseño de la atención sanitaria, con el objetivo de responder más eficientemente a las nuevas y más complejas necesidades. Tales cambios se refieren básicamente a¹:

- El impacto de las mejoras de los determinantes sociales y del sistema sanitario en la salud de los individuos y poblaciones. En lo que respecta a las intervenciones sanitarias, éstas son más precoces, más potentes y más variadas, siendo aplicadas por muy diferentes profesionales (poco coordinados pues trabajan en lugares muy heterogéneos). Las mejoras sociales, económicas y políticas han permitido la redistribución de la riqueza, el incremento de la equidad, la mejor y mayor seguridad frente a los avatares de la vida (cobertura sanitaria universal, establecimiento de un sistema de pensiones y de desempleo, etc.), la disminución del analfabetismo, las mejoras en las condiciones de vivienda y trabajo, el suministro de agua y el alcantarillado, etc. Todo ello conlleva una mayor expectativa de vida y, al aumentar ésta, el aumento consecutivo de las enfermedades y los problemas crónicos, junto con una mayor probabilidad de que las intervenciones sanitarias sean perjudiciales;
- Las mejoras en las tecnologías. El citado ejemplo del teléfono móvil (celular) ha cambiado las comunicaciones e, incluso, las dinámicas económicas, laborales y sociales. En otro ejemplo, la nueva tecnología también es aquella que facilita el diagnóstico rápido de la muestra de esputos con probables bacilos de tuberculosis, y, además, permite “tipificar” el ADN

Como citar: Gérvas, J. Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento). *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):223-4. Disponible em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)834](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)834)

de los mismos para “trazar” el contagio. También es tecnología el cambio organizativo que facilita, por ejemplo, el trabajo de un equipo “funcional” en Atención Primaria, de forma y manera que cada miembro aumenta su capacidad de respuesta a los problemas de salud de pacientes, familias y comunidades. La tecnología ha cambiado todo lo relacionado con la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se trata de aplicarla de manera que provoque cambios positivos en la salud. Un buen ejemplo del uso adecuado de la tecnología es la que se ve en la trayectoria vital de pacientes con poliomielitis en Noruega (país nórdico y rico), a diferencia de la de Estonia (país báltico, ex república soviética de la extinta dictadura comunista): en el primer caso logran realizarse plenamente, mientras que en el segundo quedan socialmente relegados²;

- El aumento de las expectativas sociales en lo que respecta a salud y bienestar vital. Los individuos y poblaciones han visto cambios casi “milagrosos”, como una apendicitis intervenida quirúrgicamente y de forma indolora, o una crisis de depresión grave curada con la medicación correspondiente, o la vacuna infantil contra el sarampión, y por todo ello es fácil que esperen la progresiva eliminación de todo dolor, sufrimiento y enfermedad, e, incluso, la inmortalidad. Siguiendo esta lógica, lo que se espera es la juventud eterna. También han visto la transformación en la oferta de servicios, que se vuelven más inmediatos y accesibles; por ejemplo, el servicio a domicilio abarca desde libros comprados por Internet a comida encargada por teléfono. En esta lógica resulta absurda la existencia de “colas” (“listas de espera”) para ser atendido en el sistema sanitario, o incluso el hecho de tener que desplazarse para recibir tales servicios.

Los cambios señalados (y otros muchos más) exigen la mejora en la respuesta sanitaria. Sobre todo, “piden” una Atención Primaria fuerte^{1,3}. Tal Atención Primaria tiene instrumentos para medir la calidad de los servicios que ofrece y así poder introducir los cambios precisos con los que dar respuestas apropiadas a problemas cada vez más complejos. Barbara Starfield destacó en este campo, de elaboración de conceptos, medidas e instrumentos, para medir la calidad de los servicios prestados en Atención Primaria. Por ejemplo con el “*Primary Care Assessment Tool*” (PCATool)⁴. Un buen ejemplo es el presente número de la “Revista de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria”, donde se presentan los resultados prácticos de su aplicación en Brasil. Con ello se demuestra que la Atención Primaria brasileña tiene capacidad para ser “fuerte” y mejorar la calidad de sus servicios, de forma que responda a las “complejas” necesidades de pacientes, familias y comunidades⁵.

No es casual el interés brasileño por el PCATool, pues éste se debe tanto al rigor científico, académico y profesional de la Atención Primaria brasileña como a la especial relación de Barbara Starfield con Brasil, país que ocupaba un lugar preferente en su corazón.

Referências

1. Gérvas J. What role for primary health care in modern health service. 2011. [acesso em 2013 Out 9]. Disponível em: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2011/09/modern-primary-health-care-draft.pdf>
2. Starfield B, Gérvas J, Mangin D. Clinical care and health disparities. *Ann Rev Public Health*. 2012; 33: 89-106. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124528>
3. Starfield B. Atención primaria, una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
4. Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tool. [acesso em 2013 Out 9]. Disponível em: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
5. Gérvas J, Pérez Fernández M. Una Atención Primaria fuerte en Brasil. Madrid: Informe sobre: “Cómo fortalecer los aciertos y corregir las fragilidades de la Estrategia de Salud de Familia”. 2011. [acesso em 2013 Out 9]. Disponível em: <http://equipocesca.org/una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>

PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária

PCATool: primary care assessment tool

PCATool: instrumento de evaluación de la atención primaria

Armando Henrique Norman. MSc em Antropologia Médica pela Durham University. editor.rbmfc@sbmfc.org.br (Autor correspondente)

Josane Araujo Norman. Editora Adjunta RBMFC. editoradj1.rbmfc@sbmfc.org.br

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) encerra o ano de 2013 com uma edição em comemoração ao nascimento da Dra. Barbara Starfield em 18 de dezembro (18/12/1932 - 10/6/2011). A foto da capa, intitulada “*Desayuno en Buitrago de Lozoya*” retrata a amizade entre Barbara Starfield, seu marido Neil “Tony” Holtzman e Juan Gérvas e Mercedes Pérez Fernández (autora da foto), na qual desfrutam e compartilham a vida à mesa. A mesa também faz referência a uma característica marcante de Starfield: a de nutriz (do latim *nuctrix*, que possui a capacidade de nutrir; que sustenta). Como afirmou seu marido Tony: - “Ela fez isso por meio de sua pesquisa, sua paixão altruísta e sua orientação àqueles que se preocupam com as pessoas, a justiça e a verdade”¹.

O editorial especial para esta edição foi escrito pelo Dr. Juan Gérvas e reflete a importância de se avaliar a qualidade da atenção primária à saúde (APS) a fim de que ela possa, continuamente, se fortalecer. Em decorrência disso, todos os artigos desta edição versam sobre o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, em inglês *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), sua validação, adaptação e aplicação para a APS². Starfield e colaboradores desenvolveram, no *The Johns Hopkins Populations Care Policy Center for the Underserved Populations*, o PCATool, instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS³. Os quatro atributos essenciais da APS: a) acesso de primeiro contato; b) continuidade do cuidado; c) abrangência (*comprehensiveness*); e d) coordenação dos cuidados são subcomponentes do acesso e, portanto, a qualidade dos serviços passa pela melhoria de estruturas e processos (efetividade) que garantam o acesso tanto no nível individual – atendendo os indivíduos e suas necessidades em saúde – como no nível populacional, em que o acesso volta-se à dimensão ética da equidade, oferecendo mais atenção para quem mais necessita⁴.

Durante sua vida de pesquisadora, Starfield examinou os problemas que surgem para a implantação de uma atenção primária efetiva, oferecendo uma base para o treinamento de profissionais da APS, estimulando a pesquisa e auxiliando médicos, profissionais e gestores da saúde na compreensão da importância da APS para a saúde da população, bem como suas dificuldades e desafios⁵.

Em termos de desafios, o ano de 2013 foi marcado por disputas políticas importantes no SUS e na APS brasileira. Um ano estimulante, em que a profissão médica esteve no centro dos debates e, em particular, a especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MFC). O programa ‘Mais Médicos’ trouxe à tona o tema da formação médica e forçou um posicionamento das entidades de classe, do Ministério da Saúde e Educação no sentido da qualificação dos médicos brasileiros. Pode-se afirmar que a participação da diretoria da SBMFC tem sido fundamental para o debate sobre a obrigatoriedade da residência médica para se exercer a profissão no País e da necessidade de se garantir 40% das vagas de residência para MFC.

Um país que pretende construir um SUS universal, equânime e abrangente necessita construir uma APS forte, o que implica formar médicos de família e comunidade para atuarem na porta de entrada desse sistema e coordenarem as necessidades em saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Como citar: Norman AH, Norman JA. PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária.

Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):225-6. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)838](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)838)

A RBMFC vem cumprindo seu papel fundamental na divulgação de pesquisas na área da saúde, com enfoque principal na MFC e na APS. Em 2013, foram feitas várias modificações na revista, tanto externas (novo *layout* da capa e identidade visual) como internamente, na criação de nova seção e na revisão e redação dos conteúdos dos textos nos três idiomas disponíveis em nosso website.

Nesta última edição de 2013, gostaríamos de agradecer à diretoria da SBMFC; aos avaliadores que voluntariamente têm colaborado com seu tempo e *expertise*, assegurando assim a qualidade dos conteúdos publicados pela RBMFC; aos autores que nos enviam seus trabalhos científicos e aos nossos leitores. Também, nosso agradecimento aos membros do conselho editorial; ao Dr. Michael Duncan (editor da seção Artigos de Revisão Clínica); à editora adjunta Thayse Palhano de Melo; ao bibliotecário David Milhomens; e à equipe da Editora Cubo. Desejamos a todos um excelente final de ano e que em 2014 a RBMFC/SBMFC possam contribuir ainda mais para a APS brasileira.

Referências

1. Stange KC. Barbara Starfield: Passage of the Pathfinder of Primary Care. *Ann Fam Med*. 2011; 9(4): 292-296. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1293>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
3. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1649-1659 PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
4. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med*. 2000; 51(11): 1611-1625. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
5. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares

A experiência de continuidade com o provedor de atenção primária em escolares

The experience of continuity with the primary care provider with schoolchildren

Carolina Rivera. Universidade Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina. caro05rivera@yahoo.com.ar (Autora correspondente)

Gabriela Felló. Universidade Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina. g.fello@hotmail.com

Silvina Berra. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Córdoba, Argentina. silvinaberra@gmail.com

Resumen

Objetivo: Conocer la experiencia de continuidad de escolares según sus cuidadores y analizar la asociación según el tipo de proveedor de Atención Primaria de la Salud (APS) (médico o centro de salud) y su financiamiento (público *versus* privado o de seguro médico). **Métodos:** Estudio transversal en cuatro escuelas primarias de la ciudad de Córdoba (Argentina) en 2011. Los cuidadores de los niños de 9 a 13 años respondieron a un cuestionario autoadministrado que incluyó el instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) para medir la función de continuidad (subdimensiones afiliación y continuidad interpersonal) y preguntas sobre características sociodemográficas y del proveedor. Se obtuvieron puntuaciones medias entre los ítems que componen la dimensión con un valor óptimo de ≥ 3 . **Resultados:** El 89% de las respuestas fueron suministradas por las madres de los niños. El proveedor de APS fue un centro de salud, hospital o clínica (79,9%), de financiamiento público (60,5%). Las puntuaciones medias del grado de afiliación al proveedor, fueron de 3,30 y 3,27 ($p=0,86$) cuando se referían a un médico y a un centro de salud, respectivamente; y las puntuaciones medias de la continuidad interpersonal fueron de 3,47 y 3,09 ($p=0,01$) refiriéndose a un médico y a un centro de salud, respectivamente. Entre quienes identificaron un centro de salud, la media del grado de afiliación fue 3,18 para centros públicos y 3,51 ($p=0,04$) para centros privados o del seguro médico. **Conclusiones:** Los cuidadores declaran mayor grado de afiliación cuando su proveedor es privado o del seguro médico; y mejor experiencia de continuidad interpersonal cuando identifican a un médico en vez de a un centro de salud.

Resumo

Objetivo: Conhecer a experiência de continuidade de escolares segundo seus cuidadores e analisar a associação conforme o tipo de provedor de Atenção Primária à Saúde (APS) (médico ou centro de saúde) e seu financiamento (público *versus* plano de saúde ou particular). **Métodos:** Estudo transversal em quatro escolas primárias da cidade de Córdoba (Argentina) em 2011. Os cuidadores das crianças de 9 a 13 anos responderam a um questionário autoadministrado que incluiu o instrumento PCAT (*Primary Care Assessment Tool*) para medir a função de continuidade (subdimensões afiliação e continuidade interpessoal) e perguntas sobre características sociodemográficas e do provedor. Obtiveram-se pontuações médias entre os itens que compõem a dimensão com um valor ótimo de ≥ 3 . **Resultados:** 89% das respostas foram fornecidas pelas mães das crianças. O provedor de APS foi um centro de saúde, hospital ou clínica (79,9%), de financiamento público (60,5%). As pontuações médias do grau de afiliação ao provedor foram de 3,30 e 3,27 ($p=0,86$), quando se referiam a um médico e a um centro de saúde, respectivamente; e as pontuações médias de continuidade interpessoal foram de 3,47 e 3,09 ($p=0,01$). Entre quem identificou um centro de saúde, a média do grau de afiliação foi 3,18 para centros públicos e 3,51 ($p=0,04$) para centros de plano de saúde ou particulares. **Conclusões:** Os cuidadores declaram maior grau de afiliação quando seu provedor é um centro particular ou um plano de saúde; e melhor experiência de continuidade interpessoal quando identificam um médico em vez de um centro de saúde.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Continuidad de la Atención al Paciente
Salud del Niño
Cobertura de los Servicios de Salud

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Continuidade da Assistência ao Paciente
Saúde da Criança
Cobertura de Serviços de Saúde

Fonte de financiamento: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Res D719/2011, PIP 2011-2013 N°114-201001-00279; y la Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECYT), Universidad Nacional de Córdoba, Resol. 162/2012, Argentina.

Parecer CEP: Hospital Nacional de Clínicas registro n. 066/10 17/03/2011.

Conflito de intereses:

declaram não haver.

Recebido em: 16/04/2013

Aprovado em: 20/08/2013

Como citar: Rivera C, Felló G, Berra S. La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):227-34. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)739](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)739)

Abstract

Objective: To know the schoolchildren experience of continuity of care according to their caregivers' perspective and to analyse its association with the type of Primary Health Care provider (PHC) (doctor or health center) and its funding modality (public *versus* private, or social security). **Methods:** A cross-sectional study was carried out in four elementary schools in the city of Cordoba, Argentina, in 2011. Caregivers of children between 9 and 13 years old responded to a self-administered questionnaire that included the Primary Care Assessment Tool (AR-PCAT-CE) to measure the continuity function (affiliation and interpersonal continuity subdomains), the type of PHC providers, and children's socio-demographic characteristics. Mean scores of affiliation and interpersonal continuity were obtained, and a value ≥ 3 was considered optimal. **Results:** Eighty-nine percent of the respondents ($n=230$) were schoolchildren's mothers. PHC provider was mainly (79.9%) a first level PHC unit, a hospital or a clinic, publicly funded in 60.5% of cases. The mean scores of the degree of affiliation to their PHC provider were 3.30 and 3.27 ($p=0.86$) when referring to a doctor and center, respectively, and the mean scores for interpersonal continuity were 3.47 and 3.09 ($p=0.01$), respectively. Among those who identified a health center as PHC provider, the affiliation score was 3.18 for public centers and 3.51 for social security or private centers ($p=0.04$). **Conclusions:** Caregivers report stronger affiliation when the PHC provider is private or a social security center; and a better experience of interpersonal continuity when they identify a physician as their provider rather than a health center.

Keywords:

Primary Health Care
Continuity of Patient Care
Child Health
Health Services Coverage

Introducción

La continuidad en la atención es una función esencial de la Atención Primaria de la Salud (APS)¹. Se han definido tres tipos de continuidad que capturan la esencia del concepto: la continuidad de información, la continuidad de gestión y la continuidad de relación².

La continuidad relacional (en inglés, *ongoingcare*) o longitudinalidad, se refiere a la relación personal a lo largo del tiempo entre el usuario y el profesional o centro de salud, aún en ausencia de enfermedad, desarrollada en base a la confianza y al conocimiento de la persona y su familia. Requiere que el usuario sea capaz de identificar una fuente habitual de atención de la salud, así como que el proveedor pueda reconocer la población de la que es responsable y enfoque el cuidado en la persona más que en el proceso de enfermedad que motiva la consulta³.

La continuidad con una fuente de cuidado mejora la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes⁴. Y aunque existen múltiples maneras de medirla⁵, un enfoque innovador de evaluación de calidad de la atención es el que plantea el modelo conceptual de las funciones de la APS de Starfield⁶, que valora esta función de continuidad integrando como aspecto estructural el grado de afiliación de las personas con una fuente de APS y como aspecto funcional las habilidades de comunicación del proveedor y la medida en que se conoce al paciente.

Argentina es un país federal, donde las provincias tienen autonomía en materia de organización del sistema de salud. A su vez, el mismo está compuesto por tres subsistemas: a) el público, financiado por rentas generales y provisto por instituciones de jurisdicción nacional, provincial o municipal; b) el de seguridad social, provisto por seguros médicos de trabajadores formales que hacen aportes obligatorios; y c) el sector privado, financiado por el pago directo a una organización privada o contratando el servicio de un seguro médico de manera privada, a lo que se denomina prepaga. Existe un marco legislativo⁷ que pretende garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios públicos e indica que la APS debe ser organizadora del sistema; sin embargo, no se han realizado estudios que den cuenta del cumplimiento de este rol de la APS a través de los diferentes subsistemas. Por eso es importante una evaluación que permita reflexionar sobre la situación de la APS en entornos tan diversos, ya que se podría esperar que la experiencia de continuidad de las personas fuera diferente según el tipo de subsistema en el que buscan atención.

Nuestro objetivo fue conocer la experiencia de continuidad en APS de escolares a partir de la declaración de sus cuidadores, y analizar su asociación con el tipo de proveedor identificado.

Métodos

Se realizó un estudio transversal, que incluyó a todos los cuidadores de los alumnos de 4° a 6° grado, en cuatro escuelas primarias de la ciudad de Córdoba, cuya matrícula en 2011, era de 441 escolares. Los escolares de entre 8 y 11 años provenían de familias en situación de desventaja socioeconómica respecto al resto de las escuelas de la ciudad. Dos escuelas se encontraban próximas al área del servicio donde las autoras (CR y GF) se desempeñaban como residentes en la especialidad de Medicina Familiar y General, cuya población habita en viviendas de condiciones precarias y trabaja, en su mayoría, de

manera informal. Se seleccionaron otras dos escuelas cercanas a la misma área geográfica, pero de un sector asalariado, cuyas viviendas cuentan con los servicios básicos, con el fin de contar en el estudio con familias en otras condiciones de vida.

Las madres, padres u otros cuidadores fueron invitados a una reunión en cada escuela, en la cual se explicaron las características del estudio, y se les entregó un cuestionario para responderlo por autoadministración guiada en un tiempo estimado de 35 minutos. A los padres que no concurren se les envió dicho cuestionario a través de los niños, solicitándoles que lo completasen y devolviesen; y se recogieron en la escuela en los días posteriores, sin aplicar otros criterios de inclusión ni exclusión. Además, en las escuelas se expusieron carteles con información sobre el estudio y se ofrecieron teléfonos de contacto para solventar dudas. Las personas respondieron aceptando participar, una vez que fueron informadas adecuadamente, y firmaron el consentimiento. El protocolo fue aprobado por el comité de ética del Hospital Nacional de Clínicas.

El cuestionario estaba compuesto por dos secciones: la primera correspondiente al instrumento PCAT (Primary Care Assessment Tool) evaluaba las funciones de la APS y las características del proveedor; y la segunda indagaba sobre las características sociodemográficas del niño y su familia. La experiencia de continuidad se evaluó mediante el estudio de dos subdimensiones: el grado de afiliación y la continuidad interpersonal, utilizando la versión infantil del instrumento PCAT desarrollado por Starfield⁸ y adaptado para la población argentina^{9,10} (AR-PCAT-CE). El grado de afiliación es la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud, a través de 3 preguntas del cuestionario AR-PCAT-CE donde debían indicar si tenían: 1) un lugar o médico adonde llevan al niño cuando enferma o necesita indicaciones acerca de su salud; 2) un lugar o profesional donde conozcan al niño; y, 3) un lugar o profesional responsable por la atención de su salud; las opciones de respuesta eran “sí”, “no” o “no sé”. Para obtener un puntaje del grado de afiliación las respuestas se categorizaron en una escala de 1 a 4, asignándosele un valor de afiliación: 4 “Muy fuerte”, si identifica en los 3 casos al mismo lugar; 3 “Fuerte”, si 2 son iguales o identifica los 3 pero son diferentes; 2 “Débil”, si identifica 1 o 2 lugares pero diferentes; y 1 “Ninguna”, cuando no logra nombrar ninguno. La continuidad interpersonal es la atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad), que se mide con 13 ítems del cuestionario PCAT. Se responde con opciones que suman los puntajes: 1 “no, en absoluto”; 2 “probablemente no”; 3 “probablemente sí”; 4 “sí, sin duda” y 2,5 para la opción “no sé”. El puntaje de continuidad se obtiene del promedio de esas respuestas. Para facilitar la interpretación de los resultados se estableció como estándar de calidad una media igual o mayor a 3, correspondiente a la respuesta “probablemente sí”, como un nivel mínimo que deberíamos esperar en la valoración de la experiencia de continuidad¹¹.

Las variables independientes estudiadas fueron: el tipo de proveedor de APS, que se clasificó según su naturaleza como un centro de salud, hospital, clínica o un profesional que el usuario reconoce como su fuente de APS; y el financiamiento del proveedor, considerando todas aquellas coberturas de las que la persona declaró ser beneficiaria y que se categorizó como público *versus* privado o de seguro médico. Además se indagaron las características sociodemográficas del niño y su familia: edad y sexo del niño/a y del cuidador; el parentesco o relación de la persona que responde el cuestionario con el niño/a; nivel de escolaridad de la madre; cobertura sanitaria del niño/a; características del proveedor, la especialidad del médico/a que atiende al niño; y número de veces que el niño/a asistió al proveedor identificado.

Los datos se analizaron con en el programa SPSS para Windows versión 18.0. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión y distribuciones de frecuencias que permitieron la descripción de la muestra. Se obtuvieron puntuaciones para valorar la experiencia de continuidad, calculando la media, y el desvío estándar (DE) entre los ítems que componen esta función. Finalmente se exploraron las diferencias de medias con el test T de Student de acuerdo al tipo de proveedor y al financiamiento del mismo.

Resultados

Del total de la muestra respondieron el cuestionario 230 personas, siendo casi en su totalidad las madres de los niños/as (89%), con un promedio de edad de 37,3 años (DE: 7,8). La tasa de participación fue de 52,1%, debido a inasistencia a clases de los niños (n=42) y a la falta de respuesta a los cuestionarios (n=169). Los niños tenían entre 9 y 13 años, con una media de 10,7 (DE: 1,00), de los cuales el 51,3% (118) eran de sexo femenino. En cuanto a la cobertura de salud de los niños, 55,1% de los cuidadores declararon que contaban sólo con cobertura de salud pública y el resto con una o más coberturas privadas o de seguro médico. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de la familia del niño.

Tabla 1. Características sociodemográficas del niño y su familia.

	Totales
Sexo del niño	n=230
Femenino	48,7%
Masculino	51,3%
Sexo de quien responde	n=226
Femenino	94,2%
Masculino	5,8%
Relación con el niño de quien responde el cuestionario	n=227*
Madre	89,0%
Padre	4,8%
Madre y padre	1,3%
Otros (abuelos, hermanos, tutores, etc.)	4,9%
Nivel máximo de escolaridad materna	n=221 [†]
No fue a la escuela o Primaria incompleta	17,2%
Primaria completa	26,7%
Secundaria incompleta	23,5%
Secundaria completa	16,7%
Terciario o universitario	15,8%
Cobertura sanitaria	n=227 [‡]
Sólo pública	55,1%
Una o más privadas o de seguro médico	44,9%

No respuesta: *3, [†]9, [‡]3.

El 18,3% de las personas identificaron a un médico como su proveedor de APS mientras que el resto se refirieron a un centro de salud, ya sea, un centro de primer nivel, un hospital o clínica, que identificaron como de financiamiento público (60,5%), seguido por el de seguro médico (30%). El 37,4% refirió que el niño fue a este lugar más de 30 veces en toda su vida y, en mayor proporción el profesional que nombraron como su proveedor de APS fue un médico pediatra y en menor proporción un médico de familia o generalista (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los proveedores APS de los niños/as declarada por sus cuidadores.

Tipo de proveedor	n=219*
Un centro de salud, hospital o clínica	79,9%
Un médico/a	15,1%
Centro de salud y médico	3,2%
Otro	1,8%
Financiamiento del proveedor	n=220 [†]
Pública	60,5%
Privada	9,5%
Seguro médico	30,0%
Veces que el niño ha asistido en toda su vida	n=214 [‡]
1 a 4 veces	22,0%
5 a 10 veces	12,6%
11 a 20 veces	16,8%
21 a 30 veces	11,2%
Más de 30 veces	37,4%
Especialidad del médico/a que le atiende allí habitualmente	n=223 [§]
Médico/a pediatra	78,5%
Médico/a general o de medicina familiar y comunitaria	11,7%
Médico/a clínico	5,8%
Médico/a con otra especialidad	2,7%
Varios	0,8%
No sé	0,4%

No respuesta: *11, [†]10, [‡]16, [§]7.

Con respecto a la identificación de una fuente habitual de APS, en las tres preguntas de la subdimensión grado de afiliación: el 90,1% de los cuidadores refirieron que tenían un proveedor adonde llevar al niño cuando se enferma o necesita un consejo sobre su salud; el 72,7% declaró que existía un centro de salud o médico que conocía al niño como persona; y el 79,1% identificó al responsable por el cuidado de su salud (Figura 1). Cuando se realizó la suma de las tres respuestas, para conocer el grado de afiliación, el 58% de los cuidadores declaró una muy fuerte afiliación con su fuente de APS (Figura 2).

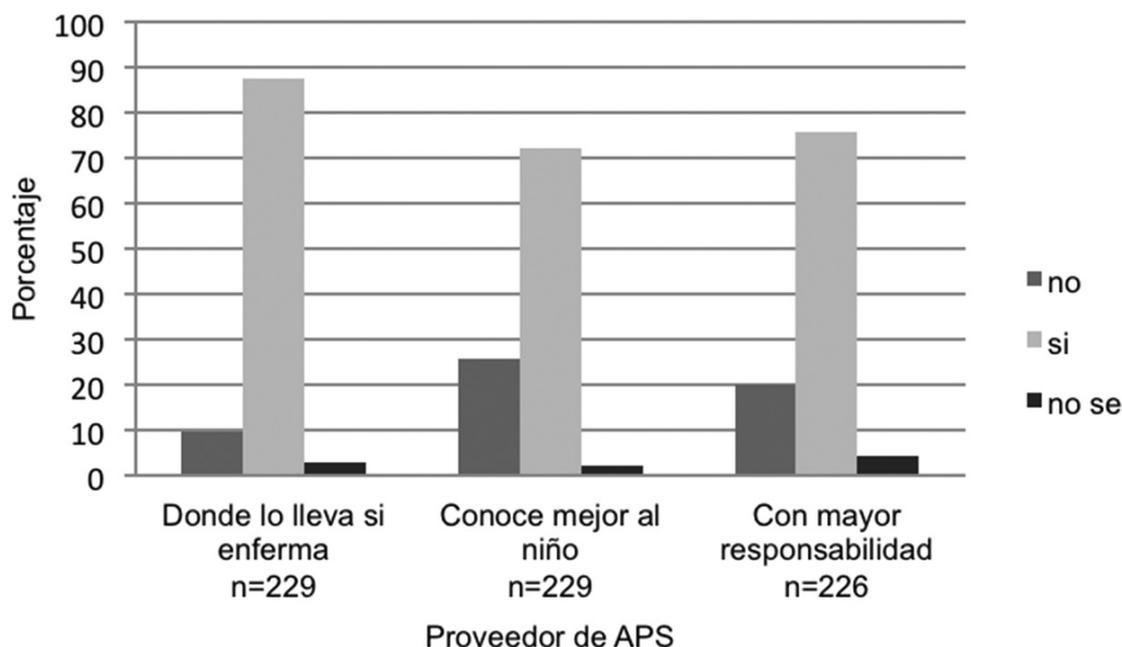


Figura 1. Situaciones o características por las cuales los cuidadores identifican a su proveedor de APS.

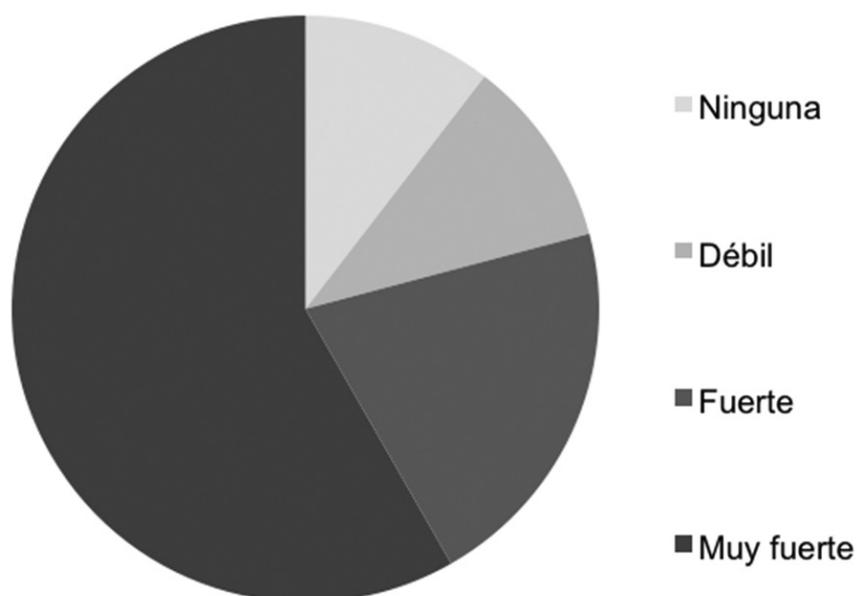


Figura 2. Grado de afiliación de los cuidadores a su proveedor de APS.

El grado de afiliación y la continuidad interpersonal obtuvieron unas puntuaciones medias de 3,27 y 3,16 respectivamente, ambas por encima del nivel considerado como favorable (Tabla 3). La experiencia de continuidad interpersonal fue mejor valorada cuando las personas identificaban a un médico (3,47 puntos) que cuando se referían a un centro de salud (3,09 puntos; $p=0,01$). Al estratificar por financiamiento del proveedor, esa ventaja en la continuidad interpersonal se mantiene, particularmente cuando el médico es de un centro de salud público, pero no alcanza significación estadística. En cambio, la media del grado de afiliación entre los que identifican un centro de salud, fue mayor en aquellos que declararon que su proveedor es privado o de seguro médico (3,51 puntos) que en aquellos otros cuyo proveedor es de financiamiento público (3,18; $p=0,04$).

Tabla 3. Valoración de la experiencia de continuidad de los niños/as desde la perspectiva de los cuidadores según el tipo de proveedor de APS y su financiamiento. Escala 1 a 4.

	Todos	Tipo de proveedor		Financiamiento del proveedor			
		Médico	Centro	Público		Pr/Sm	
				Médico	Centro	Médico	Centro
	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)	media (DE)
Grado de afiliación	3,27 (1,02)	3,30 (0,85)	3,27 (1,04)	3,33 (0,50)	3,18 [†] (1,09)	3,24 (1,00)	3,51 [†] (0,88)
Continuidad interpersonal	3,16 (0,70)	3,47* (0,49)	3,09* (0,72)	3,49 (0,46)	3,02 (0,75)	3,43 (0,51)	3,23 (0,64)

DE indica desvío estándar. Pr/Sm indica privado o de seguro médico. * $p<0,05$ de prueba T de Student para la diferencia entre médico y centro. [†] $p<0,05$ de prueba T de Student para la diferencia entre centro público y centro privado o de seguro médico.

Discusión

Este estudio recogió la experiencia de continuidad en la relación interpersonal con el proveedor de APS desde la perspectiva de los usuarios, por primera vez en el sistema sanitario argentino. Esta experiencia de continuidad interpersonal fue mejor para aquellos que identificaron a un médico y no sólo a un centro como proveedor de APS a los niños/as.

La continuidad en el cuidado de la salud es una función esencial de la APS. Conocer sus características a partir de la experiencia de los usuarios del sistema sanitario, puede conducir a mejoras en la calidad de la atención de la salud. Además, valorar estas funciones a partir de experiencias concretas, y no de valoraciones subjetivas de satisfacción de los usuarios, permite identificar aquellas características que podrían ser cambiadas o reforzadas⁶.

La experiencia de continuidad fue en promedio muy favorable en los dos aspectos estudiados, uno de carácter estructural y otro funcional. Aunque nuestro estudio no permite dilucidar relaciones causales, es posible que la mejor relación médico-paciente, que describen las preguntas del cuestionario aplicado, se deba a una identificación más clara de una persona como responsable de la APS, ya que la continuidad interpersonal ha sido mejor valorada cuando se identificó a un médico como proveedor. Además, la mayor afiliación declarada entre los que identifican a un centro privado puede deberse a que se trata de un grupo que ha tenido la posibilidad de elegir el lugar o el profesional. Y esto puede estar ocurriendo también para quienes tienen seguro médico, debido a que en Argentina es posible elegirlo y cambiarlo de manera opcional, mostrando por otra parte que existe posiblemente una desigualdad socioeconómica en la calidad de la experiencia con la APS. Conocer esas características es muy importante porque se ha visto que, así como el alto grado de afiliación entre el médico y la familia del niño se relaciona con la recepción de una mayor calidad de la APS, las políticas que restringen la libertad de elección del paciente conducen a una disminución de calidad de la misma¹².

Que la mayoría de los cuidadores haya identificado el espacio físico institucional como el proveedor de APS, y que su experiencia de continuidad haya sido favorable, específicamente en aspectos que tienen que ver con la comunicación y la confianza, además de identificar el alto grado de afiliación que tienen con el mismo, nos permite deducir que existe un vínculo con el profesional que allí trabaja. Por otra parte, se encontraron diferencias en cuanto al financiamiento del proveedor sólo cuando se identificó a un centro privado o de seguro médico en vez de un centro público, lo que fundamenta la importancia de favorecer en la APS aquellas políticas que propicien una relación médico-paciente estable en el tiempo, en

todos los subsistemas. Además, en otros contextos se ha visto que algunas características de la organización de las instituciones y de los profesionales podrían mejorar la función de continuidad, como por ejemplo disponer de atención por la tarde o aumentar la continuidad de información¹³.

La población estudiada no es representativa de la ciudad de Córdoba, pero corresponde a una porción de la población que presenta desventajas socioeconómicas, respecto de aquella que tiene acceso económico a escuelas privadas, que, sin embargo, queda fuera de la población diana de este estudio. En Argentina y en la ciudad de Córdoba, en términos globales, aproximadamente seis de cada diez personas cuentan con cobertura privada o de seguro médico, lo que puede considerarse un indicador indirecto de acceso económico; esta cifra se reduce a un 44,9% en la muestra estudiada. Otra limitación de nuestro estudio es que las personas respondieron al cuestionario por autoadministración, por lo que la declaración de la cobertura de salud puede tener errores de información¹¹. Por otra parte, la baja tasa de respuesta conseguida es una limitación importante de nuestro trabajo, y especialmente considerando que la tasa de participación fue menor en las escuelas de los barrios más precarios. Se podría pensar que aquellos cuidadores que no respondieron pueden tener relativamente menor nivel de escolaridad, actitudes diferentes hacia las instituciones educativas y sanitarias, peores condiciones laborales y menos posibilidades para pagar por un servicio de medicina prepaga o privado, lo que podría producir una estimación desigual de la experiencia de continuidad aquí informada.

La metodología usada en este estudio tiene el interés de obtener información de la población respecto de un atributo esencial que se espera de la APS. Además, el mismo instrumento podría aplicarse en otros estudios para constatar si se encuentran resultados similares. El hecho de que el cuestionario PCAT haya sido adaptado transculturalmente en otros países de la región¹⁴⁻¹⁸ y del mundo^{19,20}, amplía la posibilidad de comparar resultados entre sistemas de salud diversos.

Conclusiones

Los padres declararon una fuerte afiliación, en mayor grado cuando su proveedor era un centro privado o de seguro médico en vez de un centro público. Además, se observó una favorable experiencia de continuidad interpersonal siendo aún mejor cuando el proveedor identificado era un médico en vez de un centro de salud.

Referencias

1. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
2. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327(7425): 1219-1221. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
3. Johns Hopkins Primary Care Policy Center. Primary Care Assessment Tools [Internet]. Baltimore: Johns Hopkins University. [acceso en 2011 Abr 5]. Disponible em: http://www.jhsph.edu/pccp/pca_tools.html
4. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. 2004; 2:445-451. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.91>
5. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. [acceso en 2011 Abr 5]. Disponible em: http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/cr_contcare_e.pdf
6. Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract*. 1998; 46(3): 216-26. Disponible em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Starfield%201998.pdf>
7. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud. Buenos Aires; 2004. [acceso en 2011 May 20]. Disponible em: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=732>
8. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergl LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105(4 Pt 2): 998-1003. [acceso en 2011 May 20]. Disponible em: http://pediatrics.aappublications.org/content/105/Supplement_3/998.full.html
9. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Rev Argent Salud Pública*. 2011; 2(8): 6-14. [acceso 2012 Mar 15]. Disponible em: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-adaptacion-cultural.pdf>

10. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(1): 30-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000100005>
11. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*. 2007; 53:1056-1057. [acceso en 2011 Nov 5]. Disponible em: <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Haggerty%202001.pdf>
12. Stevens GD, Shi L. Effect of managed care on children's relationships with their primary care physicians: differences by race. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156(4): 369-377. <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.156.4.369>
13. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of Primary Health Care. *Ann Fam Med*. 2008 6: 116-123. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
14. Castro RC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012 Sep; 28(9): 1772-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>
15. Pasarín MI, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Berra S, Borrell C. Un paso más en el estudio de las desigualdades sociales en la provisión de atención primaria desde la perspectiva de la población. *Med Clin (Barc)*. 2011; 137(Supl 2): 49-54. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(11\)70029-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(11)70029-X)
16. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006 Dec 5; 6: 156. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
17. Grupo PCAT.UY, Pizzanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, et al. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug* 2011; 27(3): 187-189. Disponible em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-32952011000300009&lng=es.
18. Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, Russell G, Devlin RA, Tugwell P, et al. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. *BMC Public Health* 2010; 10: 151. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-151>
19. Jatrana SH, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *N Z Med J* 2011; 124(1329): 16-25. <http://journal.nzma.org.nz/journal/124-1329/4536/>
20. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010; 48(7): 628-34. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182459f45>

A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus

Primary health care quality and diabetes care

La calidad de la atención primaria y el manejo de la diabetes mellitus

Marcelo Rodrigues Gonçalves. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com (*Autor correspondente*)

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Aline do Amaral Zils. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. aline.zils@gmail.com

Bruce Bartholow Duncan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. bbduncan@ufrgs.br

Resumo

Objetivos: Investigar a associação entre qualidade da atenção primária à saúde (APS) e manejo do diabetes mellitus (DM) nos adultos portadores de DM adscritos aos serviços de APS em Porto Alegre, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, com adultos portadores de DM. A qualidade da APS foi aferida pelo *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil). A análise estatística foi realizada por regressão de Poisson com variação robusta. **Resultados:** Dos 3.014 entrevistados, 205 (6,8%) eram portadores de DM, com predomínio do sexo feminino (64,4%) e cor branca (68,3%). Os portadores de diabetes classificados como de Alto Escore apresentavam prevalência maior, tanto no tempo de doença (10,9 vs 8,4 anos, $p=0,03$) quanto em complicações do diabetes (73,9% vs 58,8%, $p=0,02$). A proporção de entrevistados com ótimo controle glicêmico não diferenciou entre os grupos (31,7% vs 38%, $p=0,3$). Na análise multivariável, serviços com Alto Escore à APS apresentaram melhor perfil de cuidados para a prevenção das principais comorbidades. Os manejos que diferiram estatisticamente foram a aferição da pressão arterial (RP=1,07; IC95% 1,01-1,14); solicitação de perfil lipídico (RP=1,23; IC95% 1,09-1,39); orientação de atividade física (RP=1,50; IC95% 1,21-1,86); exame dos pés (RP=2,08; IC95% 1,54-2,81); e orientações de cuidados com os pés (RP=2,02; IC95% 1,56-2,61). **Conclusão:** Serviços com Alto Escore à APS demonstraram maior atenção à prevenção das complicações do diabetes e melhor cuidado aos pacientes com doença de maior complexidade, mas não diferiram significativamente dos demais serviços no controle glicêmico.

Abstract

Objective: To investigate the association between primary health care (PHC) quality and diabetes mellitus (DM) management in adult patients living within the catchment area of PHC services in Porto Alegre, Brazil. **Methods:** Cross-sectional, population-based study of adults reporting known diabetes. Quality of PHC was assessed through the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil). Statistical analyses were performed with Poisson regression with robust variance. **Results:** Of the 3,014 adults interviewed, 205 (6.8%) reported having diabetes; of these, 64.4% were women and 68.3% were white. Regarding PHC score of the health service attended, people with diabetes that were classified with a high PHC score, presented longer duration of disease (10.9 vs 8.4 anos, $p=0.03$) and greater frequency of diabetes-related complications (75.3% vs 58.8%, $p=0.02$). Regarding the proportion of respondents with good glycemic control, no significant difference between groups was found (31.7% vs 38%, $p=0.3$). In the multivariate analysis, services with a high PHC score presented a better profile of care for the prevention of the main comorbidities – greater blood pressure assessment (PR=1.07; CI95% 1.01-1.14), lipid profile request (PR=1.23; CI95% 1.09-1.39), counseling for physical activity (PR=1.50; CI95% 1.21-1.86), foot examination (PR=2.08; CI95% 1.54-2.81), and counseling for foot care (PR=1.37; CI95% 1.18-1.59). **Conclusion:** High PHC score services showed better performance in the management of diabetes and care for more complicated patients, but they did not differ significantly from lower PHC score services in terms of patients' glycemic control.

Resumen

Objetivos: Investigar la asociación entre la calidad de la atención primaria de la salud (APS) y el control de la diabetes mellitus (DM) en los adultos con DM adscritos a los servicios de APS en Porto Alegre, Brasil. **Métodos:** Estudio transversal de base poblacional con adultos portadores de DM. La calidad de la APS se midió con la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool-Brasil). El análisis estadístico se realizó mediante regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** De los 3.014 encuestados, 205 (6,8%) pacientes tenían DM, con predominio del sexo femenino (64,4%) y de la piel de color blanca (68,3%). Los pacientes con diabetes clasificados con puntuaciones altas tenían mayor prevalencia, tanto en la duración de la enfermedad (10,9 vs. 8,4 años, $p=0,03$) como en complicaciones de la diabetes (73,9% vs. 58,8%, $p=0,02$). La proporción de encuestados con buen control glucémico no difirió entre los grupos (31,7% vs 38%, $p=0,3$). En el análisis multivariado, servicios con altas puntuaciones en la APS mostraron mejor perfil de atención para la prevención de las principales enfermedades concomitantes. Los manejos que difirieron significativamente fueron: medición de la presión arterial (RP=1,07, IC95% 1,01-1,14), solicitud de perfil de lípidos (RP=1,23, IC95%: 1,09-1,39), orientación de la actividad física (RP=1,50, IC95% 1,21-1,86), examen de los pies (RP=2,08, IC95% 1,54-2,81) y orientaciones de la atención para los pies (RP=2,02, IC95% 1,56-2,61). **Conclusión:** Servicios con una alta puntuación en la APS demostraron una mayor atención en la prevención de complicaciones de la diabetes y una mejor atención a los pacientes con enfermedad más compleja, pero no difirieron significativamente de los otros servicios en el control glucémico.

Como citar: Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):235-43. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)814](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)814)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Diabetes Mellitus
Pesquisa sobre Serviços de Saúde

Keywords:

Primary Health Care
Diabetes Mellitus
Health Services Research

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Diabetes Mellitus
Investigación sobre Servicios de Salud

Fonte de financiamento:

FAPERGS, CNPq e CAPES.

Parecer CEP:

2004367
(Propeq – UFRGS) aprovado em 13/01/2005.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 16/04/2013

Aprovado em: 20/08/2013

Introdução

Desde que Lord Dawson, em 1920, esboçou pela primeira vez o conceito de regionalização do sistema de saúde, distinguindo três níveis de atenção¹, até o marco teórico da moderna conceitualização de atenção primária à saúde (APS), definida por Starfield² por meio de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade e integralidade nas ações e coordenação dentro do sistema) e derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural), diversas pesquisas têm relacionado a maior extensão destes atributos com maior efetividade e equidade do cuidado à saúde³⁻⁵. Ao apresentar os atributos essenciais, um serviço de saúde pode ser considerado provedor de atenção primária⁶, sendo maior sua orientação se estiverem presentes também os atributos derivados^{2,7,8}.

O Brasil, assim como outros países de média e baixa renda, passa por um acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica, com uma mudança no perfil de morbimortalidade da população, identificado pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e materno infantis e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das mortes por causas externas^{9,10}. Entre as DCNT, as doenças cardiovasculares representam hoje a maior causa de mortalidade no País, correspondendo a 28,7% dos óbitos em 2010¹¹. Entre seus principais fatores de risco modificáveis encontra-se o diabetes mellitus (DM), que está associado a complicações agudas e crônicas de vários órgãos e sistemas. O DM pode ser classificado em tipo 1, tipo 2, gestacional e outros menos prevalentes. Entretanto, do ponto de vista populacional, o DM do tipo 2 possui maior importância, pois, atualmente, representa até 90% dos casos identificados, apresenta incidência crescente e, conseqüentemente, impõe enorme carga econômica aos sistemas de saúde^{12,13}. O Ministério da Saúde brasileiro busca priorizar ações de prevenção e manejo do DM, inclusive como ação programática na Estratégia Saúde da Família (ESF)¹⁴. Associado a este fato, desde 1994, o Brasil busca reorganizar seu modelo assistencial por meio da ampliação de acesso aos serviços de APS, com a adoção da ESF. Hoje, a ESF cobre 54,8% da população brasileira¹⁵. Entretanto, a maioria das ações programáticas, assim como da produção científica associada à efetividade da APS e qualidade dos cuidados prestados, tem tido foco nos modelos de saúde materno infantil^{1,16}. Nesse contexto, existe crescente interesse em indicadores como internações por condições sensíveis à APS (iCSAPS) e as próprias DCNT.

A atenção ao diabetes é complexa e envolve uma multiplicidade de aspectos que vão além do simples controle glicêmico^{13,17}. Um vasto corpo de evidências apoia diversas intervenções para melhorar os desfechos macro e microvasculares no DM, implementados de acordo com a disponibilidade dos recursos locais¹⁸. Segundo a Associação Americana de Diabetes (ADA)¹⁷, a incorporação dos cuidados padronizados para o DM tem sido subutilizada na maioria dos cenários clínicos, devido principalmente à fragmentação do atendimento, duplicidade de serviços, inadequação nas informações clínicas e debilidade nos modelos para atendimento de doenças crônicas, e se resume na insuficiência da extensão de alguns dos principais atributos da APS¹². A maioria dos estudos sobre a efetividade do cuidado em DM investiga a associação com atributos individuais da APS (principalmente acesso e longitudinalidade), estratégias de organização dos serviços de saúde, locais de prestação dos cuidados ou tipo de médico que exerce o atendimento. Não foram encontrados estudos associando a força da orientação para APS com o processo de atenção nestes pacientes¹⁹⁻²³. O presente estudo tem como objetivo principal investigar a associação entre a qualidade da APS (escores do *Primary Care Assessment Tool - PCATool*) e o manejo dos portadores de DM, adscritos aos serviços de APS no município de Porto Alegre.

Métodos

Delineamento do estudo e amostragem

Conduzimos um estudo transversal de base populacional no período de julho de 2006 a agosto de 2007 no município de Porto Alegre/RS, do qual participaram adultos maiores de 18 anos de idade, adscritos às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS do município ou pertencentes à listagem de pacientes maiores de 18 anos atendidos pelas Equipes de Saúde da Família de um plano de saúde privado (CASSI-RS). O critério de adscrição às áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS foi utilizado apenas para a seleção dos participantes, sendo avaliados os serviços de saúde referidos como de uso preferencial pelos entrevistados. Estes serviços poderiam não ter enfoque em APS (consultórios particulares e

emergências hospitalares) e/ou serem classificados como privados. Foram considerados portadores de diabetes os usuários que autorreferiram essa condição à pergunta “Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?”.

Este estudo é parte do 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”²⁴, com amostra total calculada em 3000 pessoas, por meio do pacote estatístico EPI-INFO 6.0, utilizando dados provenientes do estudo de validação da versão infantil do PCATool²⁵ e da literatura nacional sobre prevalência, reconhecimento e controle do DM¹³. O processo de amostragem dos domicílios foi por conglomerado (*clusters*), sendo estratificada por gerência distrital de saúde do município e distribuída proporcionalmente ao tamanho das populações adscritas a cada unidade de saúde dos serviços de APS. Os parâmetros utilizados para este cálculo foram: nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, precisão de 3%, com fator de delineamento de 1,2 para correção do efeito *cluster*.

Instrumentos, medidas e variáveis

1. Questionários. Foram realizadas medidas com um questionário geral, estruturado, composto por 3 instrumentos distintos:

- Questionário estruturado com variáveis sociodemográficas, avaliação de saúde, satisfação, hábitos de vida e sobre o processo de atenção aos portadores de diabetes (orientações preventivas, medicamentos utilizados, exame físico, entre outros);
- Questionário sobre a qualidade da APS: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, versão adultos do PCATool-Brasil²⁶, desenvolvido por Starfield, que mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (Acesso [A], Longitudinalidade [L], Integralidade [I] e Coordenação [C]) e dos três atributos derivados (Orientação Familiar [OF], Orientação Comunitária [OC]) da APS e o grau de afiliação (GA) ao serviço de saúde, definido como a força da relação entre o usuário e o serviço/profissional de saúde). Este instrumento, que já foi validado no Brasil por nosso grupo de pesquisa, possibilita, por meio de respostas tipo Likert, construir escores específicos e gerais sobre a extensão dos atributos, além de avaliar e planejar ações no âmbito da APS, a partir da experiência dos usuários. São considerados serviços com Alto Escore de APS aqueles que obtiverem valor maior ou igual a 6,6 (tercil superior do escore). O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas de seus itens (perguntas). Alguns atributos são formados por subdimensões, como Acesso (Primeiro Contato [A1] e Utilização [A2]) e Integralidade (Serviços Recebidos [I1] e Serviços Disponíveis [I2]). A média entre os escores dos atributos essenciais e o grau de afiliação produz o Escore Essencial da APS (EE, ver fórmula a seguir), e a dos escores dos atributos derivados produz o Escore Derivado da APS (ED). A média de todos estes escores produz o Escore Geral de APS (EG, ver fórmula a seguir).

Para o cálculo do EE e EG, as fórmulas são:

$$EE = \frac{GA + A1 + A2 + L + C + I1 + I2}{7}$$

$$EG = \frac{GA + A1 + A2 + L + C + I1 + I2 + OF + OC}{9}$$

A transformação da escala tipo Likert de 1 a 4 para escores em escala de 0 a 10 foi realizada utilizando a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}, \text{ onde } 4 \text{ é o escore máximo e } 1 \text{ o mínimo.}$$

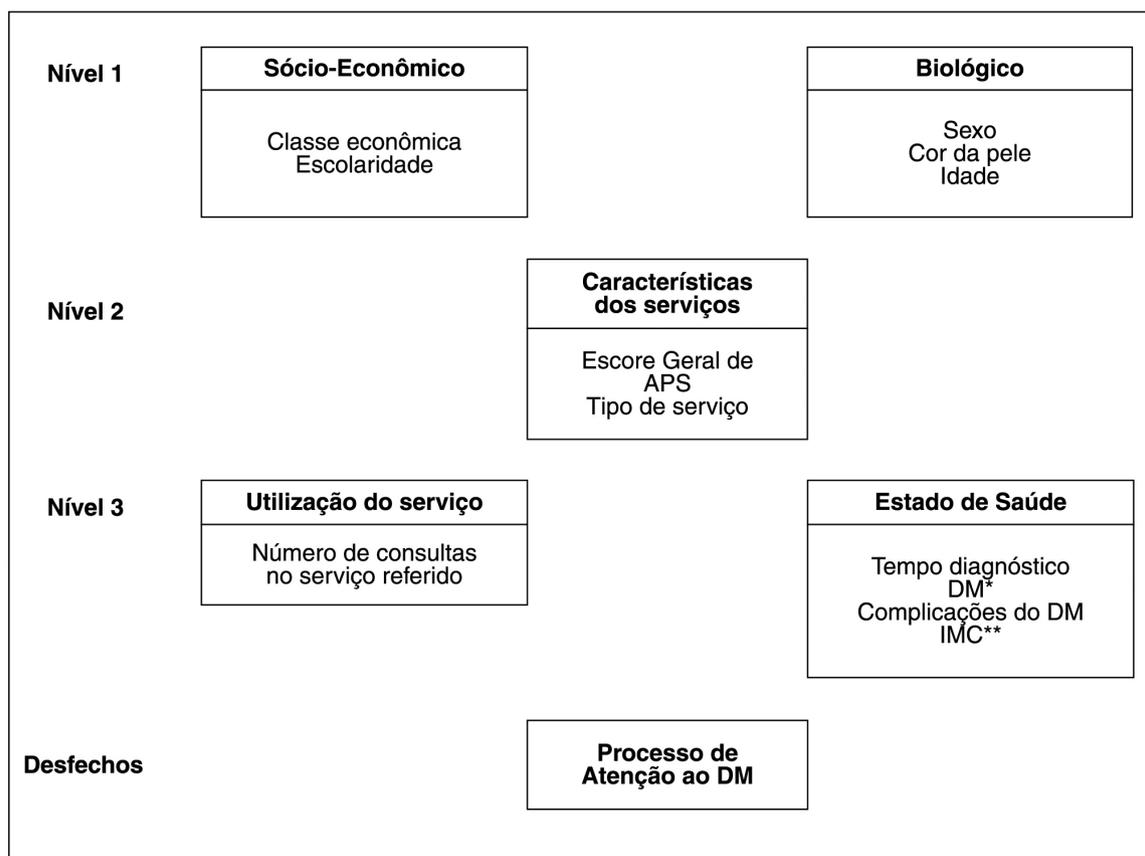
2. Medidas antropométricas:

- Peso, medido por balanças portáteis (Techline®, modelo BAL-180-CI); altura, medida por estadiômetros portáteis (Sanny®); e cintura e quadril, medidos com fita métrica inelástica;
- Avaliação da pressão arterial: medida em dois momentos durante a visita domiciliar, com intervalo mínimo de 3 minutos entre a 1ª e a 2ª medida, com os entrevistadores treinados segundo as normas da Organização Mundial da Saúde²⁷. Todos os instrumentos foram calibrados periodicamente e aprovados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO).

3. Medidas bioquímicas: hemoglobina glicada (HbA1c) nos pacientes que reconheceram sua condição de diabéticos. As amostras de sangue foram coletadas por meio de agendamento nas unidades de saúde amostradas, por um técnico de enfermagem de um laboratório privado contratado. As amostras de sangue foram processadas por meio de cromatografia líquida de alta *performance* (HPLC – Bio-Rad), de acordo com orientações internacionais²⁸.
4. Variáveis Dependentes (Desfechos). Entre as variáveis analisadas, ressaltamos, principalmente, as de manejo do DM (exame e orientações para cuidado dos pés, pressão arterial (PA) aferida na última consulta e solicitação de perfil lipídico, além das orientações para prática de exercícios físicos e dieta saudável). Foram considerados portadores de DM com ótimo controle glicêmico aqueles com HbA1c < 7,0%, conforme a ADA e diretrizes nacionais^{13,17}.

Análise estatística

A análise descritiva (da avaliação dos serviços de saúde, da satisfação e do estado de saúde da população) levou em consideração a estratégia de amostragem (*clusters*), utilizando o pacote estatístico STATA® 9.0, por meio do Método de Séries Lineares de Taylor (comandos *svy*). Os dados foram apresentados por suas médias e desvios padrão, intervalos de confiança e proporções, expressos de forma contínua e categórica. Para a comparação das médias foi utilizado o teste t de *Student* e, para as proporções, o teste do quiquadrado. O nível de significância de 5%, bicaudal, foi utilizado para todas as provas estatísticas. Para o controle de possíveis fatores de confusão, foi construído um modelo teórico hierárquico (Figura 1) para o ajuste das variáveis dependentes (processo de atenção ao DM). O modelo de Poisson, com variação robusta para amostras por conglomerado, foi utilizado para análise multivariável. A escolha deste tipo de regressão baseou-se na alta prevalência dos desfechos medidos (>10%) e para obtenção de estimativas da Razão de Prevalência (RP) com maior precisão nos intervalos de confiança (IC)²⁹. A entrada das variáveis deu-se de acordo com o modelo teórico proposto, permanecendo aquelas com $p < 0,20$, devido à possibilidade de confundimento.



*DM: Diabetes; **IMC: Índice de Massa Corporal.

Figura 1. Modelo teórico hierárquico para processo de atenção ao DM.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, do Grupo Hospitalar Conceição, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da Escola de Saúde Pública/RS. Todos os entrevistados, depois de informados e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os indivíduos identificados pela primeira vez como portadores de HAS, assim como os portadores de HAS e DM não controlados adequadamente foram encaminhados para avaliação e acompanhamento ambulatorial em seus serviços de saúde.

Resultados

Dos 3.014 entrevistados no 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”, foram identificados 213 que se reconheciam como portadores de DM. Depois da coleta da HbA1c (185 entrevistados), oito foram descartados por apresentarem níveis < 6,0, sem estarem em uso de hipoglicemiantes ou adotando medidas dietéticas, permanecendo um total de 205 (6,8%) participantes. Dos usuários que não realizaram a coleta do exame, 9 foram recusadas e 20 foram considerados perdas, após 3 tentativas de contato sem resposta.

Em relação ao grau de orientação à APS dos serviços de saúde, os portadores de DM classificados como de Alto Escore (Tabela 1) apresentavam prevalência significativamente maior, tanto no tempo de doença (10,9 vs 8,4 anos, $p = 0,03$) quanto

Tabela 1. Características sociodemográficas e do estado de saúde dos portadores de diabetes classificados com Alto e Baixo Escore Geral da APS. Porto Alegre, 2007.

Características	Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$)	Baixo Escore Geral da APS ($< 6,6$)	p*
Sociodemográficas (n)	n/média (%/IC 95%)	n/média (%/IC 95%)	
Idade em anos	60,4 (55,8-65,1)	61,2 (57,3-65,1)	0,7
Sexo			0,4
Masculino	22 (31,9%)	51 (37,5%)	
Feminino	47 (68,1%)	85 (62,5%)	
Escolaridade (anos completos)	6,98 (5,52-8,45)	7,85 (6,76-8,93)	0,1
Cor da Pele			0,9
Branca	47 (68,1%)	93 (68,4%)	
Não Branca	22 (31,9)	43 (31,6%)	
Classe Econômica (ABIPEME)			0,1
A-B	24 (34,8%)	61 (44,8%)	
C-D-E	45 (65,2%)	75 (55,1%)	
Renda <i>per capita</i> - R\$ (200)	754,4 (397,2-1111,6)	1129,6 (595,6-1663,5)	0,01
Estado de Saúde (n)			
HbA1c % (n=176)	8,27 (7,68-8,86)	8,01 (7,53-8,49)	0,2
Proporção DM com HbA1c < 7% e Alto Escore APS (n=185)	20 (31,7%)	43 (38%)	0,3
Tempo de diagnóstico de DM em anos	10,9 (8,6-13,2)	8,37 (7,2-9,5)	0,03
Número de internações por DM ao longo da vida	2,6 (1,6-3,7)	3,6 (1,2-6,0)	0,5
Presença de complicações do DM**	51 (73,9%)	80 (58,8%)	0,02
Uso de medicamentos para DM	60 (88,2%)	112 (83,6%)	0,3
Atividade física			0,09
Ativo/Pouco ativo	52 (75,4%)	86 (63,7%)	
Sedentário	17 (24,6%)	49 (36,3%)	
IMC*** (kg/m ²)	31,4 (30,1-32,7)	30,1 (29-31,2)	0,1
História familiar de DM (pais/irmãos)	48 (69,6%)	82 (60,3%)	0,2
Saúde autopercebida como MUITO BOA e BOA	45 (66,2%)	76 (55,9%)	0,1
Grau de bem-estar familiar MUITO BOM e BOM	52 (76,5%)	109 (80,1%)	0,5
Utilização do serviço de saúde			
Tipo de serviço de saúde			0,05
Público	48 (69,6%)	80 (58,8%)	
Privado	21 (30,4%)	56 (41,2%)	
Número de consultas no serviço referido (último ano)	8,5 (5,9-11,1)	4,9 (4,1-5,7)	0,009
Tempo que consulta no serviço (>2 anos)	62 (91,2%)	106 (78,5%)	0,04
Total	69	136	

*Teste t de Student para as médias e teste de quiquadrado de Pearson para as proporções. **complicações do DM: nefropatia diabética, retinopatia diabética, amputação de membros, infarto miocárdico, acidente vascular cerebral, coma diabético e hipoglicemia. ***IMC: Índice de Massa Corporal.

em complicações do DM (73,9% vs 58,8%, $p=0,02$), em relação aos de Baixo Escore. Na utilização dos serviços, o número de consultas no último ano era maior entre o grupo de Alto Escore (8,5 vs 4,9, $p=0,009$), além de uma fração maior dos pacientes estar vinculada aos serviços há 2 ou mais anos (91,2% vs 78,5%; $p=0,04$). Dos serviços com forte orientação à APS, 69,6% eram públicos, enquanto apenas 58,8% dos classificados como sendo de fraca orientação eram públicos ($p=0,04$). Tanto a média da HbA1c quanto o percentual de entrevistados com ótimo controle glicêmico ($HbA1c < 7$) não apresentaram diferenças significativas entre os serviços pesquisados.

Fazendo referência ao processo de atenção e à qualidade do manejo ao DM, com a adoção de práticas baseadas em sólidas evidências e orientações preventivas relevantes às principais causas de morbimortalidade do DM, a Tabela 2 apresenta diferenças significativas entre os serviços com Alto e Baixo Escore, principalmente em relação ao cuidado com os pés, aferição da PA e orientação para prática de atividade física. Por exemplo, a fração de pacientes recebendo exame dos pés e orientações sobre seus cuidados eram o dobro nos serviços de Alto Escore Geral do que naquelas recebendo esses cuidados em serviços de Baixo Escore geral.

Tabela 2. Distribuição de indicadores de qualidade do processo de atenção e práticas preventivas entre os portadores de diabetes classificados com Alto e Baixo Escore Geral de APS, Porto Alegre, 2007.

Características	Alto Escore Geral da APS ($\geq 6,6$)	Baixo Escore Geral da APS ($< 6,6$)	p^*
Processo de atenção ao DM (n)	(%)	(%)	
Exame dos pés [§] (205)	43,5	22,1	<0,001
Orientações sobre cuidados dos pés [§] (204)	66,7	33,3	<0,001
Consulta com oftalmologista [§] (203)	46,4	32,1	0,06
Consulta com dentista [§] (205)	18,8	13,2	0,3
PA aferida [§] (203)	94,1	82,2	0,04
PA aferida última consulta (200)	95,6	89,3	0,08
Cintura medida na última consulta (199)	15,9	17,7	0,7
Peso medido na última consulta (200)	75,4	68,7	0,4
Altura medida alguma vez (200)	68,1	51,1	0,005
Exame de urina solicitado [§] (200)	78,3	66,4	0,05
ECG de repouso solicitado [§] (200)	44,9	45,8	0,9
Perfil lipídico solicitado [§] (200)	91,3	75,6	0,004
Práticas/Orientações preventivas			
Prática de atividade física [§] (203)	79,4	54,8	0,003
Alimentação saudável [§] (203)	91,2	68,1	<0,001
Higiene bucal [§] (201)	53,7	20,1	<0,001
Vacina contra influenza [§] (203)	45,6	24,4	0,01
Total	69	136	

*Teste de qui-quadrado de Pearson. § = nos últimos 12 meses.

Na Tabela 3, são apresentadas as associações não ajustadas e ajustadas de ser atendido em um serviço com alto grau de orientação à APS com algumas práticas e orientações preventivas fundamentais ao adequado manejo do DM. Aferição da PA na última consulta, solicitação de perfil lipídico, exame e orientação para cuidados com os pés, além das recomendações à prática de atividade física mantiveram-se estatisticamente significativas após controle dos confundimentos. Em geral, as associações eram um pouco maiores após os ajustes.

Tabela 3. Efeito dos serviços de saúde com Alto Escore de atenção primária à saúde no processo de atenção aos portadores de DM: regressão de Poisson com variância robusta, Porto Alegre, 2007.

Variáveis Dependentes/Desfechos	RP não ajustada (IC 95%)	p	RP ajustada ¹ (IC 95%)	p
PA aferida na última consulta*	1,07 (0,99-1,15)	0,06	1,07 (1,01-1,14)	0,05
Orientação para fazer exercícios físicos	1,45 (1,18-1,78)	<0,001	1,50 (1,21-1,86)	<0,001
Orientação para fazer dieta saudável	1,33 (1,17-1,53)	<0,001	1,37 (1,18-1,59)	<0,001
Exame dos pés	1,97 (1,45-2,68)	<0,001	2,08 (1,54-2,81)	<0,001
Orientação sobre cuidado com os pés	2,00 (1,55-2,58)	<0,001	2,02 (1,56-2,61)	<0,001
Consulta oftalmológica no último ano	1,44 (0,99-2,11)	0,1	1,49 (1,04-2,12)	0,03
Perfil lipídico solicitado no último ano	1,21 (1,08-1,35)	0,001	1,23 (1,09-1,39)	0,001
Exame de urina realizado no último ano	1,18 (1,01-1,37)	0,03	1,21 (1,04-1,41)	0,01

¹ajustado para sexo, idade, escolaridade, classe econômica, cor da pele e tipo de serviço. *PA= pressão arterial.

Discussão

Os resultados das análises multivariáveis sugerem que serviços com alto grau de orientação para a APS fornecem mais práticas e orientações preventivas relevantes ao manejo das complicações decorrentes do DM e atendem, de forma continuada, pacientes com doença mais avançada. Além disso, nos serviços públicos, a maior fração dos pacientes avaliou estes locais como sendo de mais alta qualidade, nos aspectos relacionados à APS, que a dos serviços particulares.

Em nosso estudo, a proporção de portadores de DM com ótimo controle da HbA1c (35,6%) apresentou melhores resultados do que em outras pesquisas nacionais e internacionais. Estudo multicêntrico da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)³⁰ evidenciou adequado controle glicêmico em apenas 24% dos portadores de DM em nosso país. Nos EUA, estudos³¹ demonstraram que cerca de 35% dos adultos com DM atingiram níveis de HbA1c < 7%. Entretanto, estudos realizados em países com melhor organização da APS (Espanha e Portugal)^{32,33}, evidenciaram um bom controle glicêmico em 54,8% e 51,7% dos pacientes, respectivamente. Nesse contexto, é importante também lembrar que o alvo de 7% não está indicado para muitos pacientes³⁴.

Os serviços identificados como sendo de alto grau de orientação à APS apresentaram populações significativamente distintas em relação ao estado de saúde, com maior tempo de doença (10,9 anos), maior presença de complicações relacionadas ao DM (73,9%), além de terem utilizado com maior frequência os serviços de saúde (8,5 consultas/ano). Apesar deste cenário adverso, o controle da HbA1c não diferiu significativamente entre os serviços com alto e baixo grau de orientação à APS. Entretanto, quanto ao processo de atenção ao DM, os serviços com Alto Escore à APS apresentaram diferença inequívoca para situações de prevenção e diagnóstico precoce das complicações de alta morbimortalidade, principalmente prevenção de doença cardiovascular-DCV (afirmação da PA, solicitação de perfil lipídico e orientação à prática de atividade física), ou da doença microvascular e neuropatias periféricas (exame e orientações sobre cuidados com os pés). Estudos relacionando atributos específicos da APS^{21,35-37}, principalmente acesso e longitudinalidade, demonstram resultados conflitantes em relação à qualidade do manejo e monitoramento do DM. Em estudo realizado em Pelotas/RS, demonstrou-se uma grande variabilidade nos procedimentos terapêuticos e diagnósticos realizados pelos médicos da rede de atenção primária³⁸. A comparação entre os resultados desse estudo com o presente demonstra melhor manejo percebido pelos usuários em Porto Alegre. Em uma revisão sistemática realizada em 2009³⁹, pela Universidade Católica de Roma, com o objetivo de avaliar a efetividade dos instrumentos de medicina baseada em evidências (MBE) disponíveis para profissionais da APS, no manejo do DM2 foram selecionados 13 ensaios clínicos randomizados, sendo as principais intervenções estudadas as educacionais, auditorias e baseadas em programas computacionais (lembretes e *checklists*). A adesão às ferramentas de MBE foi mais provável de melhorar o processo de cuidado do que os desfechos em DM. Entretanto, a utilização de programas computacionais, para acompanhamento destes pacientes, possivelmente é efetiva no manejo do DM.

Buscar a otimização dos serviços públicos e diminuir as iniquidades em saúde deve ser a meta fundamental para o SUS. Uma das formas de concretização destes objetivos é pela expansão dos serviços com alto grau de orientação para a APS. Em nosso país, a ESF⁴⁰ representa este modelo de reorganização da atenção à saúde, com impacto já demonstrado na mortalidade infantil¹⁶ e nas internações por condições sensíveis à APS. Um dos desafios do SUS é reproduzir estes ótimos resultados alcançados pelas políticas de saúde materno infantil nas DCNT, em especial no DM. Aspectos importantes a serem considerados nesta transição de modelo são o apoio ao autocuidado dos pacientes, sistema de informações clínicas, redesenho na oferta de consultas, utilização de diretrizes e ferramentas de auxílio às decisões, organização dos cuidados de saúde e dos recursos comunitários⁴¹. Junto a isto, a adoção de metas e objetivos bem definidos para o controle adequado de glicemia e outros fatores de risco para cada paciente, a prática de gestão da clínica⁴² com abordagens multifacetadas, mudanças na cultura organizacional e o envolvimento intenso dos profissionais são alguns dos obstáculos a serem superados pelas políticas públicas de saúde.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas na interpretação de nossos resultados. Primeiro, por ser um estudo transversal, nenhuma inferência causal pode ser realizada, devendo os achados serem interpretados como associações⁴³. Segundo, o PCATool-Brasil é um instrumento quantitativo, o que pode levar à perda de algumas dimensões subjetivas do cuidado, melhor captadas por metodologias qualitativas. Além disso, no presente estudo, avaliamos a experiência do usuário, sem levar em consideração o papel do gestor e a experiência dos profissionais de saúde.

Em conclusão, serviços de APS avaliados como sendo de alta qualidade ofereceram, com maior frequência, cuidados preventivos básicos aos seus pacientes com diabetes, além de atenderem pacientes de maior complexidade.

Referências

1. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond M Jr, Carvalho YM, editors. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 783-836.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003 Jun; 38(3): 831-65. PMID:12822915 PMCID:PMC1360919. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
4. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999 Apr; 48(4): 275-84. PMID:10229252.
5. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002 Jun; 37(3): 529-50. PMID:12132594 PMCID:PMC1434650. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.t01-1-00036>
6. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992. PMCID:PMC1809870.
7. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000 Apr; 105(4 Pt 2): 998-1003. PMID:10742362.
8. Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Practice*. 2001; 50:161-75.
9. Medronho RA. *Epidemiologia*. São Paulo; 2003.
10. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos. [acesso em 2006 Dez 9]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B378C5D0E0F359G22H01Jd5L25M0N&Vinclude=/site/infsaude.php>
12. Venkat Narayan KM, et al. Diabetes: The Pandemic and Potential Solutions. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 591-604.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. HIPERDIA - Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(6): 585-8. PMID:11799474.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico da cobertura do PSF. [acesso em 2007 June 16]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
16. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan; 60(1): 13-9. PMID:16361449 PMCID:PMC2465542. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>
17. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*. 2005; 28(Suppl 1).
18. International Diabetes Federation. Clinical Guidelines Task Force. Global guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2005. Ref Type: Generic.
19. Parchman ML, Burge SK. Continuity and quality of care in type 2 diabetes: a Residency Research Network of South Texas study. *J Fam Pract*. 2002 Jul; 51(7): 619-24. PMID:12160500.
20. Ovhd I, Johansson E, Odeberg H, Rastam L. A comparison of two different team models for treatment of diabetes mellitus in primary care. *Scand J Caring Sci*. 2000; 14(4): 253-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00593.x>
21. Al Khaja KA, Sequeira RP, Damanhori AH. Comparison of the quality of diabetes care in primary care diabetic clinics and general practice clinics. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005 Nov; 70(2): 174-82. PMID:15890429. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2005.03.029>
22. Leinung MC, Gianoukakis AG, Lee DW, Jeronis SL, Desemone J. Comparison of diabetes care provided by an endocrinology clinic and a primary-care clinic. *Endocr Pract*. 2000 Sep; 6(5): 361-6. PMID:11141586. <http://dx.doi.org/10.4158/EP.6.5.361>
23. Greisinger AJ, Balkrishnan R, Shenolikar RA, Wehmanen OA, Muhammad S, Champion PK. Diabetes care management participation in a primary care setting and subsequent hospitalization risk. *Dis Manag*. 2004; 7(4): 325-32. PMID:15671789. <http://dx.doi.org/10.1089/dis.2004.7.325>
24. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 1472-6963.
25. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, varez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica* 2006 Aug; 22(8): 1649-59. PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
27. Whitworth JA, Chalmers J: World health organisation-international society of hypertension (WHO/ISH) hypertension guidelines. *Clin Exp Hypertens*. 2004, 26: 747-752. PMID:15702630. <http://dx.doi.org/10.1081/CEH-200032152>

28. Sacks DB, Bruns DE, Goldstein DE, Maclaren NK, McDonald JM, Parrott M. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clin Chem*. 2002 Mar; 48(3): 436-72. PMID:11861436.
29. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003 Oct 20; 3 :21. PMID:14567763 PMCid:PMC521200. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
30. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Diabetes e o baixo controle no Brasil. [acesso em 2007 Nov 7]. <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/59/03.html>
31. Jackson GL, Edelman D, Weinberger M. Simultaneous control of intermediate diabetes outcomes among Veterans Affairs primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006 Oct; 21(10): 1050-6. PMID:16970554 PMCid:PMC1831633. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00519.x>
32. Mengual L, Roura P, Serra M, Montasell M, Prieto G, Bonet S. Multifactorial control and treatment intensity of type-2 diabetes in primary care settings in Catalonia. *Cardiovasc Diabetol*. 2010 Mar 29; 9: 14. PMID:20350315 PMCid:PMC2858123. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2840-9-14>
33. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M; VALSIM. Prevalence, management and control of diabetes mellitus and associated risk factors in primary health care in Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2010 Apr; 29(4): 509-37. PMID:20734573.
34. Yudkin JS, Richter B, Gale EAM. Intensified glucose lowering in type 2 diabetes: time for a reappraisal. *Diabetologia*. 2010; 53: 2079-2085. PMID:20686748. <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-010-1864-z>
35. McAlister FA, Majumdar SR, Eurich DT, Johnson JA. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb; 16(1): 6-11. PMID:17301194 PMCid:PMC2464930. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.018648>
36. Mainous AG, III, Koopman RJ, Gill JM, Baker R, Pearson WS. Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Public Health* 2004 Jan;94(1):66-70. PMID:14713700 PMCid:PMC1449828. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.1.66>
37. Gill JM, Mainous AG, III, Diamond JJ, Lenhard MJ. Impact of provider continuity on quality of care for persons with diabetes mellitus. *Ann Fam Med*. 2003 Sep; 1(3): 162-70 PMID:15043378 PMCid:PMC1466582. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.22>
38. Assunção MC, Santos I, Gigante DP. [Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome]. *Rev Saude Publica*. 2001 Feb; 35(1): 88-95. PMID:11285523. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000100013>
39. de Belvis AG, Pelone F, Biasco A, Ricciardi W, Volpe M. Can primary care professionals' adherence to Evidence Based Medicine tools improve quality of care in type 2 diabetes mellitus? A systematic review. *Diabetes Res Clin Pract*. 2009 Aug; 85(2): 119-31 PMID:19539391. <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2009.05.007>
40. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
41. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002 Oct 9; 288(14): 1775-9. PMID:12365965. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.14.1775>
42. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998 Jul 4; 317(7150): 61-5. PMID:9651278 PMCid:PMC1113460. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
43. Rothman KJ, Greenland S. *Modern Epidemiology*. 2nd ed. LW&W; 1998

Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde

Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals

Traducción, adaptación, validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de la Atención Primaria de Salud (PCATool) en Brasil: versión profesionales de la salud

Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com (*Autora correspondente*)
 Rodrigo Caprio Leite de Castro. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. rodrigo_caprio@yahoo.com.br
 Álvaro Vigo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. alvaro.vigo@gmail.com
 Thiago Gomes da Trindade. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. thiagogtrindade@gmail.com
 Marcelo Rodrigues Gonçalves. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com
 Airton Tetelbom Stein. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. airton.stein@gmail.com
 Bruce Bartholow Duncan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. bbduncan@ufrgs.br
 Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Resumo

Objetivo: traduzir, adaptar e avaliar a validade e a fidedignidade do PCATool versão profissionais de saúde utilizando um estudo transversal com médicos e enfermeiros (n=340) dos serviços públicos de APS em Porto Alegre. **Métodos:** foram realizadas tradução, versão e adaptação do instrumento às características dos serviços de saúde nacionais, bem como culturais. A validade fatorial, a consistência interna e a estabilidade no tempo foram avaliadas. **Resultados:** na análise fatorial exploratória foram retidos 9 fatores, explicando aproximadamente 75% da variação total. Dessa forma, foi identificada a estrutura multidimensional do instrumento. A avaliação da consistência interna mostrou coeficiente alfa de Cronbach variando de 0,28 a 0,90. A estabilidade temporal foi observada para todos os atributos à exceção de Orientação Familiar ($p < 0,05$). **Conclusões:** essa avaliação sugere que o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde. Pode ser utilizado tanto para identificação, monitoramento e avaliação dos atributos da APS nos serviços de saúde quanto para estudos comparativos.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
 Avaliação de Serviços de Saúde
 Validade dos Testes
 Reprodutibilidade dos Testes

Abstract

Objective: to translate and adapt the version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) for health professionals in the Brazilian context and assess its validity and reliability. **Methods:** we conducted a cross-sectional study with 340 healthcare professionals (physicians and nurses) working in the public primary care services in Porto Alegre. We performed the translation, reverse translation, and adaptation of the instrument to the characteristics of the national health service, as well as to cultural aspects. Factorial validity, internal consistency, and stability over time were assessed. **Results:** nine factors were retained in the exploratory factorial analysis, explaining approximately 75% of the total variation, highlighting the multi-dimensional nature of the instrument. In terms of internal consistency, Cronbach's alpha ranged from 0.28 to 0.90. Temporal stability was observed for all attributes except family counseling ($p < 0.05$). **Conclusions:** the results suggest that the PCATool can be useful in measuring the quality of primary care from the perspective of healthcare professionals, being applicable not only for identification, assessment, and screening of primary care attributes within healthcare services, but also for comparative studies.

Keywords:

Primary Health Care
 Health Services Evaluation
 Validity of Tests
 Reproducibility of Results

Fontes de financiamento:

FAPERGS, CNPq e CAPES.

Parecer CEP:

2004367 (Propesq – UFRGS)
 aprovado em 13/01/2005.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
 Recebido em: 16/04/2013
 Aprovado em: 16/09/2013

Como citar: Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):244-55. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)821)

Resumen

Objetivos: traducir, adaptar y evaluar la validez y fiabilidad del PCATool versión profesionales de la salud mediante un estudio transversal con médicos y enfermeros (n=340) de los servicios públicos de APS en Porto Alegre. **Métodos:** se realizó la traducción, versión y adaptación del instrumento a las características de los servicios nacionales de salud, así como culturales. Se evaluaron la validez factorial, la consistencia interna y la estabilidad en el tiempo. **Resultados:** en el análisis factorial exploratorio se retuvieron nueve factores, lo que representa aproximadamente el 75% de la variación total. De esa forma, se identificó la estructura multidimensional del instrumento. La evaluación de la consistencia interna mostró el coeficiente alfa de Cronbach variando entre 0,28 y 0,90. Se observó estabilidad temporal en todos los atributos excepto en la Orientación Familiar ($p < 0,05$). **Conclusiones:** esta evaluación sugiere que el instrumento es válido y fiable para medir la calidad de los servicios de atención primaria de la salud, desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Puede ser utilizado tanto para la identificación, seguimiento y evaluación de los atributos de APS en los servicios de salud como para los estudios comparativos.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Evaluación de Servicios de Salud
Validez de las Pruebas
Reproducibilidad de Resultados

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde¹. A partir da década de 90, foi observado um aumento substancial de estudos evidenciando o impacto positivo de sistemas de saúde orientados pela APS na provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações². Neste período, foi instituído no Brasil o Programa Saúde da Família que, posteriormente, teve seu conceito ampliado e foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia foi adotada pelo Ministério da Saúde para a reorientação e expansão da APS no Brasil e, conseqüentemente, reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, diante do notável avanço da APS, torna-se relevante avaliar os resultados alcançados em relação à organização e provisão dos serviços, e também no que se refere aos possíveis impactos produzidos na saúde e bem-estar da população.

Diferentes modelos conceituais foram desenvolvidos para avaliar a qualidade da atenção à saúde, alguns também incluindo os atributos da APS³⁻⁵. A partir disso, o crescente interesse na avaliação e melhoria da gestão, do planejamento e da qualidade na atenção à saúde tem estimulado o desenvolvimento de um grande número de instrumentos para avaliar os serviços de saúde na perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores⁶. Alguns desses instrumentos são especialmente voltados para a avaliação da qualidade da APS⁷, porém poucos permitem a ampla avaliação dos atributos que definem a APS na perspectiva da população (Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação)⁸⁻¹⁰.

Nesse contexto, destaca-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), desenvolvido para medir o grau de orientação à APS considerando o quadro conceitual baseado nos atributos essenciais - Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação -; e derivados - Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural^{11,12}. Esse instrumento pode ser respondido por um responsável pelas crianças usuárias de um serviço (*Child Consumer*), por usuários adultos (*Adult Consumer*), por profissionais de saúde (*Provider Survey*) e por gestores (*Facility Survey*). As versões originais para usuários crianças e usuários adultos foram validadas nos Estados Unidos^{9,11}. Para profissionais de saúde, é usual a utilização de uma versão como espelho da versão para usuários adultos validada¹², isto é, os itens que estão presentes na versão usuários adultos validada, acrescida de alguns itens da versão para usuários crianças, devem estar presentes na versão profissionais de saúde.

O PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, incluindo o Brasil¹³⁻¹⁵, a Espanha¹⁶, o Canadá¹⁷, a Coreia do Sul¹⁸, Hong Kong¹⁹ e a Argentina²⁰. Está em fase de tradução e adaptação em Porto Rico²¹ e no Uruguai²² e vem sendo utilizado na Nova Zelândia²³ e em Taiwan²⁴. As versões utilizadas na Espanha^{16,25}, na Coreia do Sul¹⁸ e no Brasil¹³⁻¹⁵ foram validadas com algumas variações na metodologia adotada. Os resultados foram adequados, respeitando a estrutura multidimensional na versão original e a unidimensionalidade para a redução do instrumento.

No Brasil, particularmente, foram realizadas duas adaptações distintas deste instrumento, bem como processos diferentes de avaliação da validade e fidedignidade. A adaptação realizada por Harzheim et al.^{13,14} foi aplicada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mantendo o formato original do instrumento, e avaliou a validade e a fidedignidade das versões usuários crianças¹³ e usuários adultos¹⁴. Por outro lado, uma adaptação realizada por Almeida e Macinko¹⁵ foi utilizada em Petrópolis, Rio de Janeiro, e resultou na validação das versões usuários crianças, usuários adultos e profissionais de saúde.

A mensuração da qualidade dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos válidos e fidedignos, uma vez que a informação sobre as propriedades psicométricas permite conhecer a acurácia e a precisão da medida da qualidade de atenção ao cuidado. Além disso, a implantação da ESF não assegura a efetiva aplicação dos princípios da APS nos serviços de saúde, tornando relevante a avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, que são internacionalmente reconhecidos

como eixos estruturantes do processo de atenção associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência de suas intervenções²⁶.

O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar e avaliar a validade e a fidedignidade do instrumento de avaliação da qualidade na APS, versão profissionais de saúde.

Métodos

Delineamento e amostra

Foi realizado um estudo transversal de base populacional com profissionais médicos e enfermeiros dos serviços públicos de APS no município de Porto Alegre. No período da coleta de dados (de julho de 2006 a agosto de 2007), a rede pública de APS neste município era constituída por quatro serviços de saúde: Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), Unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), Unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e Unidades do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Foram incluídos na amostra todos os médicos e enfermeiros que atendiam, pelo menos, usuários adultos (maiores de 18 anos) e informaram carga horária mínima de 20 horas semanais. Os profissionais que realizavam atendimento somente a partir de encaminhamentos (referências) foram excluídos. Detalhes do plano amostral e seleção dos profissionais são encontrados no protocolo de pesquisa²⁷.

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool)

O instrumento original do PCATool para profissionais de saúde está disponível em inglês e é constituído por 124 itens⁴, sendo 5 itens específicos sobre o cuidado com as crianças, os quais são respondidos somente pelos profissionais que atendem crianças. Os itens desse instrumento estão distribuídos nos quatro atributos essenciais da APS, permitindo avaliar o Acesso de Primeiro Contato, a Longitudinalidade (a relação profissional com o paciente ao longo do tempo), a Coordenação dos serviços e a Integralidade dos Serviços Disponíveis e Prestados. Os três atributos derivados da APS também são contemplados, possibilitando a avaliação da Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Cada atributo essencial é constituído por dois componentes, um relacionado à estrutura e o outro ao processo de cuidado¹².

A escala de respostas dos itens é do tipo Likert (4=com certeza sim, 3=provavelmente sim, 2=provavelmente não, 1=com certeza não), com o acréscimo da opção '9=não sei/não lembro' (nas análises deste artigo o valor 9 foi recodificado para o valor 2,5)¹². A partir dessas respostas, é possível calcular um escore para cada atributo da APS (e de seus componentes) e também um Escore Essencial e um Escore Geral. Os escores para cada atributo (bem como de seus componentes) são obtidos pela média aritmética das respostas dos seus respectivos itens. O Escore Essencial consiste na média aritmética dos escores dos atributos essenciais e o Escore Geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados.

Tradução e adaptação

O PCATool foi traduzido para o português e, posteriormente, foi realizada a versão para o inglês. Os dois documentos em inglês foram então comparados para corrigir falhas na tradução para o português. A tradução e a versão para o inglês foram realizadas por uma profissional nativa da língua inglesa, com domínio da língua portuguesa. Originalmente desenvolvido para ser autoaplicado, o instrumento traduzido para o português foi adaptado para ser aplicado por entrevistadores e também para as características culturais e dos serviços de saúde nacionais. Na etapa seguinte, o instrumento foi aplicado a seis profissionais de saúde (5 médicos e 1 enfermeira) com o objetivo de avaliar a adaptação da forma e do vocabulário.

A validade de conteúdo, isto é, a adequação com a qual uma medida afere o atributo de interesse, foi realizada por dois pesquisadores e pela autora original do instrumento, constituindo a avaliação conceitual dos atributos.

Análise estatística

A análise fatorial exploratória foi realizada para observar se os itens que constituem um atributo teórico apresentam convergência empírica, representando o constructo teórico que se quer medir (validade fatorial). A extração dos fatores foi efetuada via componentes principais, utilizando o maior coeficiente de correlação de Pearson entre os itens como estimativas iniciais das comunalidades. O método ortogonal Equamax foi utilizado para a rotação dos fatores.

A fidedignidade das escalas foi observada pela consistência interna, razão do êxito da escala (REE) e estabilidade no tempo. Para as análises relacionadas à fidedignidade, foi considerada a distribuição dos itens em cada atributo, respeitando a conceituação teórica proposta por Starfield⁴.

A consistência interna foi verificada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach e a correlação item-total. Para a interpretação do alfa de Cronbach, valores inferiores a 0,50 foram considerados insuficientes, valores entre 0,50 e 0,70 moderados e valores acima de 0,70 adequados. Na correlação item-total, os valores maiores que 0,30 sugerem que os itens estão medindo o mesmo constructo e são, portanto, considerados adequados²⁸.

Na REE a correlação de cada item com os outros itens no seu atributo conceitual deve ser maior que a correlação com itens de diferentes atributos. Assim, a REE foi medida pelo quociente entre o número de vezes que correlações entre os itens de um atributo foram superiores às correlações de cada um desses itens com os outros atributos (numerador) e o total de correlações efetuadas nesse atributo. Isto é, o denominador é definido pelo produto entre o número de itens do atributo e o número de atributos. O resultado é apresentado em percentual e valores elevados dessa medida sugerem maior discriminação do atributo⁹.

Na avaliação da fidedignidade (estabilidade no tempo), utilizaram-se aproximadamente 10% das entrevistas que foram repetidas entre um e seis meses após a sua primeira realização. O teste Wilcoxon para amostras pareadas e o procedimento de Bland-Altman, baseado no teste t para amostras pareadas, foram utilizados nessas análises.

Os itens que constituem o atributo Competência Cultural não foram considerados para as análises, uma vez que esse atributo não foi validado no Brasil na versão usuário criança¹³, nem na versão usuário adulto¹⁴. O programa R foi utilizado para as análises de estabilidade no tempo (Bland-Altman). As demais análises foram realizadas com o programa SAS (*Statistical Analysis Software*) versão 9.2. O nível de significância 5% foi considerado em todas as análises.

Aspectos éticos

O projeto principal intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e modelos alternativos no município de Porto Alegre” teve aprovação dos comitês de ética das instituições envolvidas na pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Grupo de Pesquisa e Pós Graduação - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPGHCPA), Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. As entrevistas foram realizadas com os adultos mediante a leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Na comparação da versão do PCATool traduzida para o português com a versão original, não foram observadas diferenças de conteúdo ou aceção. A escala de respostas foi fielmente traduzida para o português. No processo de adaptação, 3 itens de Integralidade de Serviços Disponíveis (testes de intoxicação por chumbo, timpanocentese e exame de toque retal ou sigmoidoscopia) e 2 itens de Competência Cultural (possibilidade de comunicação com pessoas em outro idioma e uso de tradutores/intérpretes) foram excluídos, porque estavam relacionados a ações não disponíveis nas unidades de saúde brasileiras. Assim, ao final da etapa de tradução e adaptação, o PCATool-Brasil para profissionais de saúde foi composto por 119 itens distribuídos nos quatro atributos essenciais e três atributos derivados, da mesma maneira que o instrumento original¹².

Foram selecionados 369 profissionais médicos e enfermeiros. Houve recusa por 20 profissionais e, para outros 9, a entrevista não foi realizada por troca de unidade, afastamento por motivo de saúde ou demissão, totalizando perda de 29 (7,9%) entrevistas. Dessa forma, a amostra em estudo foi de 340 profissionais nos quatro serviços de saúde (n): UBS (161), ESF (85), SSC do GHC (72) e CSEM (22). Foram entrevistados 226 (66,5%) médicos e 114 (33,5%) enfermeiros. A idade média (desvio padrão) desses profissionais foi de 43,6 anos (9,4 anos), sendo 97 (28,5%) homens. O tempo médio (desvio padrão) de formado foi 17,1 anos (9,3 anos). A maioria dos profissionais, 297 (87,4%), possuía alguma especialidade e, desses, 113 (33,2%) referiram ter especialidade na área da APS.

Na análise fatorial exploratória, foram retidos 9 fatores, explicando aproximadamente 75% da variação total. Esses fatores representaram de forma mais homogênea os atributos que possibilitam mensurar a presença e extensão da APS. As cargas fatoriais são apresentadas na última coluna da Tabela 1. Observou-se que todos os itens de Orientação Familiar foram captados em um único fator, da mesma forma que aconteceu com a Integralidade de Serviços Prestados. A Orientação Comunitária foi captada em dois fatores, assim como a Integralidade de Serviços Prestados. O Acesso de Primeiro Contato apresentou 4 itens em um fator e os outros 5 itens do Acesso de Primeiro Contato foram captados no mesmo fator em que estão 6 itens da Longitudinalidade. Os demais itens da Longitudinalidade formaram outro fator em conjunto com itens da Coordenação (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição das respostas dos itens, escore médio e cargas fatoriais para validade fatorial.

Itens por atributos	Não sei/Não lembro n (%)	Com certeza não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente sim n (%)	Com certeza sim n (%)	Escore Médio [#]	Carga fatorial [†]
Acesso - Primeiro Contato							
Aberto sábado ou domingo	1 (0,3)	331 (97,4)	4 (1,2)	4 (1,2)	0 (0,0)	1,04	0,12
Aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20hs	4 (1,2)	303 (89,1)	2 (0,6)	7 (2,1)	24 (7,1)	1,28	-0,01
Quando aberto, alguém do seu serviço o atenderia no mesmo dia	3 (0,9)	2 (0,6)	11 (3,2)	121 (35,6)	203 (59,7)	3,55	0,33
Quando aberto, aconselhamento rápido pelo telefone se necessário	24 (7,1)	26 (7,7)	61 (17,9)	132 (38,9)	97 (28,5)	2,92	0,43
Quando fechado existe um número de telefone para contato	17 (5,0)	278 (81,8)	20 (5,9)	9 (2,7)	16 (4,7)	1,33	0,11
Quando fechado sábados e domingos, atendimento naquele dia por alguém do serviço	1 (0,3)	309 (90,9)	24 (7,1)	5 (1,5)	1 (0,3)	1,11	0,59
Quando fechado à noite, atendimento naquela noite por alguém do serviço	1 (0,3)	309 (90,9)	22 (6,5)	7 (2,1)	1 (0,3)	1,12	0,56
É fácil marcar consulta de revisão	6 (1,8)	34 (10,0)	54 (15,9)	144 (42,4)	102 (30,0)	2,93	0,26
Esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pela enfermeira	5 (1,5)	81 (23,8)	110 (32,4)	100 (29,4)	44 (12,9)	2,68	0,02
Longitudinalidade							
Atendimento pelo mesmo médico/enfermeira	5 (1,5)	71 (20,9)	64 (18,8)	135 (39,7)	65 (19,1)	2,58	0,16
Entendimento das perguntas que seus pacientes lhe fazem	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	82 (24,1)	258 (75,9)	3,76	0,41
Entendimento dos pacientes do que você diz ou pergunta a eles	2 (0,6)	0 (0,0)	3 (0,9)	213 (62,7)	122 (35,9)	3,35	0,45
Pacientes podem telefonar e falar com médico ou enfermeira que os conhece melhor	6 (1,8)	40 (11,8)	79 (23,2)	107 (31,5)	108 (31,8)	2,84	0,38
Tempo suficiente aos pacientes para discutirem seus problemas ou preocupações	2 (0,6)	10 (3,0)	29 (8,5)	144 (42,4)	155 (45,6)	3,31	0,35
Pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas	3 (0,9)	0 (0,0)	1 (0,3)	154 (45,3)	182 (53,5)	3,53	0,36
Conhece "muito bem" os pacientes de seu serviço de saúde	3 (0,9)	20 (5,9)	71 (20,9)	179 (52,7)	67 (19,7)	2,87	0,46
Sabe quem mora com cada um de seus pacientes	5 (1,5)	102 (30,0)	96 (28,2)	100 (29,4)	37 (10,9)	2,22	0,43

Continua

Tabela 1. Distribuição das respostas dos itens, escore médio e cargas fatoriais para validade fatorial.

Continuação

Itens por atributos	Não sei/Não lembro n (%)	Com certeza não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente sim n (%)	Com certeza sim n (%)	Escore Médio [#]	Carga fatorial [†]
Entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes	4 (1,2)	5 (1,5)	14 (4,1)	227 (66,8)	90 (26,5)	3,19	0,25
Conhece o histórico médico completo de cada paciente	3 (0,9)	51 (15,0)	99 (29,1)	155 (45,6)	32 (9,4)	2,50	0,66
Sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente	2 (0,6)	84 (24,8)	113 (33,3)	111 (32,7)	29 (8,6)	2,25	0,58
Saberia sobre pacientes com dificuldades para obter ou pagar por medicamentos	1 (0,3)	13 (3,82)	27 (7,94)	168 (49,4)	131 (38,5)	3,23	0,28
Sabe todos os medicamentos que pacientes estão tomando	1 (0,3)	39 (11,5)	50 (14,7)	141 (41,5)	109 (32,1)	2,94	0,60
Coordenação do Cuidado							
O serviço comunica ou entrega todos os resultados dos exames laboratoriais	8 (2,4)	45 (13,2)	22 (6,5)	85 (25,0)	180 (52,9)	3,19	0,12
Sabe sobre consultas de pacientes com especialistas	7 (2,1)	60 (17,6)	89 (26,2)	118 (34,7)	66 (19,4)	2,57	0,49
Discute com os pacientes sobre diferentes serviços especializados	1 (0,3)	52 (15,3)	48 (14,1)	89 (26,2)	150 (44,1)	2,99	0,28
Auxílio do serviço para marcar a consulta encaminhada (ao especialista)	5 (1,5)	8 (2,4)	3 (0,9)	57 (16,8)	267 (78,5)	3,72	0,07
Informação escrita para levar ao especialista	0 (0,0)	2 (0,6)	1 (0,3)	29 (8,5)	308 (90,6)	3,89	0,28
Recebe do especialista informações úteis sobre o paciente encaminhado	0 (0,0)	78 (22,9)	166 (48,8)	73 (21,5)	23 (6,8)	2,12	0,18
Após a consulta com o especialista, conversa sobre os resultados desta consulta	0 (0,0)	7 (2,1)	20 (5,9)	125 (36,8)	188 (55,3)	3,45	0,39
Integralidade Serviços Prestados							
Alimentos saudáveis ou sono adequado	0 (0,0)	3 (0,9)	8 (2,4)	53 (15,6)	276 (81,1)	3,77	0,40
Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	5 (1,5)	21 (6,2)	32 (9,4)	86 (25,3)	196 (57,6)	3,35	0,51
Uso de cintos de segurança	9 (2,6)	130 (38,2)	98 (28,8)	46 (13,5)	57 (16,8)	2,10	0,44
Abordagem de conflitos familiares	1 (0,3)	16 (4,7)	23 (6,7)	92 (27,0)	208 (61,1)	3,45	0,39
Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	0 (0,0)	6 (1,8)	5 (1,4)	85 (25,0)	244 (71,8)	3,67	0,45
Níveis de colesterol	0 (0,0)	2 (0,6)	1 (0,3)	49 (14,4)	288 (84,5)	3,83	0,39
Discussão sobre medicações em uso	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	31 (9,1)	308 (90,6)	3,90	0,33
Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	5 (1,5)	25 (7,4)	44 (12,9)	114 (33,5)	152 (44,7)	3,16	0,60
Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	10 (2,9)	140 (41,2)	82 (24,1)	59 (17,4)	49 (14,4)	2,06	0,50
Prevenção de queimaduras por água quente	7 (2,1)	63 (18,5)	26 (7,6)	82 (24,1)	162 (47,6)	3,02	0,62
Prevenção de quedas	7 (2,1)	36 (10,5)	21 (6,2)	83 (24,4)	193 (56,8)	3,28	0,71
Prevenção de osteoporose em mulheres	0 (0,0)	7 (2,1)	6 (1,8)	92 (27,0)	235 (69,1)	3,63	0,30
Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	0 (0,0)	8 (2,4)	4 (1,2)	66 (19,4)	262 (77,1)	3,71	0,23
Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	3 (1,2)	10 (4,0)	12 (4,8)	67 (26,7)	159 (63,4)	3,50	0,57* [§]
Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	1 (0,4)	6 (2,4)	7 (2,8)	53 (21,1)	184 (73,3)	3,66	0,58* [§]
Segurança (menos de 6 anos): atravessar a rua e uso de assentos nos carros	5 (2,0)	29 (11,6)	51 (20,3)	81 (32,3)	85 (33,9)	2,89	0,46* [§]
Segurança (entre 6 e 12 anos): distância armas, cintos de segurança e capacetes ciclistas	6 (2,4)	35 (13,9)	61 (24,3)	85 (33,9)	64 (25,5)	2,72	0,43* [§]

Continua

Tabela 1. Distribuição das respostas dos itens, escore médio e cargas fatoriais para validade fatorial.

Itens por atributos						Continuação	
	Não sei/Não lembro n (%)	Com certeza não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente sim n (%)	Com certeza sim n (%)	Escore Médio [#]	Carga fatorial [†]
Segurança (acima de 12 anos): sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	1 (0,4)	7 (2,8)	9 (3,6)	65 (25,3)	175 (68,1)	3,59	0,37* [§]
Orientação Familiar							
Ideias e opiniões do paciente sobre o seu tratamento e cuidado ou do membro da família	6 (1,8)	16 (4,7)	23 (6,8)	108 (31,8)	187 (55,0)	3,38	0,40
Pergunta sobre doenças e problemas de saúde nas famílias dos pacientes	1 (0,3)	4 (1,2)	5 (1,4)	82 (24,1)	248 (72,9)	3,69	0,34
Disposto para atender membros da família para discutir problema de saúde ou familiar	0 (0,0)	3 (0,9)	3 (0,9)	71 (20,9)	263 (77,4)	3,75	0,21
Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	5 (1,4)	146 (42,9)	63 (18,5)	61 (17,9)	65 (19,1)	2,14	0,36
Discussão sobre fatores de risco familiares, ex. genéticos	1 (0,3)	31 (9,1)	26 (7,6)	98 (28,8)	184 (54,1)	3,28	0,34
Discussão sobre recursos econômicos da família dos pacientes	0 (0,0)	38 (11,1)	30 (8,8)	114 (33,9)	158 (46,4)	3,15	0,68
Discussão sobre fatores de risco sociais, ex. perda de emprego	0 (0,0)	27 (7,9)	24 (7,1)	122 (35,5)	167 (49,1)	3,26	0,69
Discussão sobre condições de vida, ex. refrigerador em condições de funcionamento	3 (0,9)	34 (10,0)	44 (12,9)	121 (35,6)	138 (40,6)	3,07	0,55
Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	0 (0,0)	13 (3,8)	20 (5,9)	111 (32,6)	196 (57,7)	3,44	0,60
Discussão sobre as funções parentais	2 (0,6)	26 (7,6)	40 (11,8)	128 (37,6)	144 (42,4)	3,15	0,66
Avaliação de sinais de abuso infantil	2 (0,6)	39 (11,4)	31 (9,1)	83 (24,4)	185 (54,4)	3,22	0,43
Avaliação de sinais de crise familiar	1 (0,3)	16 (4,7)	19 (5,6)	125 (36,8)	179 (52,6)	3,38	0,61
Avaliação do impacto da saúde do paciente sobre o funcionamento da família	1 (0,3)	12 (3,5)	22 (6,4)	121 (35,5)	184 (54,1)	3,40	0,68
Avaliação do nível de desenvolvimento familiar	6 (1,8)	32 (9,4)	45 (13,3)	151 (44,5)	105 (31,0)	2,98	0,61
Orientação Comunitária							
Visitas domiciliares	5 (1,4)	7 (2,1)	5 (1,4)	15 (4,4)	308 (90,6)	3,84	0,17
Conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende	5 (1,4)	14 (4,1)	29 (8,5)	143 (42,0)	149 (43,8)	3,26	0,37
Opiniões de usuários que possam ajudar no fornecimento de melhores cuidados de saúde	9 (2,6)	16 (4,7)	46 (13,5)	98 (28,8)	171 (50,3)	3,26	0,44
Adaptação de serviços ou programas em resposta a problemas específicos da comunidade	9 (2,6)	3 (0,9)	19 (5,6)	135 (39,7)	174 (51,1)	3,43	0,23
Informações de mortalidade (dados sobre óbitos)	24 (7,1)	26 (7,6)	27 (7,9)	59 (17,4)	204 (60,0)	3,33	0,51
Dados de doenças de notificação compulsória	4 (1,2)	13 (3,8)	11 (3,2)	68 (20,0)	244 (71,8)	3,60	0,71
Taxas de imunização da comunidade	4 (1,2)	8 (2,4)	7 (2,1)	46 (13,5)	275 (80,5)	3,74	0,65
Dados secundários sobre saúde e riscos ocupacionais	29 (8,5)	45 (13,2)	72 (21,1)	102 (30,0)	92 (27,0)	2,75	0,35
Informações clínicas do próprio serviço	11 (3,2)	9 (2,6)	22 (6,4)	49 (14,4)	249 (73,2)	3,60	0,56
Pesquisas com os seus pacientes	24 (7,1)	119 (35,0)	70 (20,5)	62 (18,2)	65 (19,1)	2,25	0,61
Pesquisas na sua comunidade	30 (8,8)	111 (32,6)	63 (18,5)	61 (17,9)	75 (22,1)	2,34	0,63
Feedback de organizações comunitárias ou conselhos gestores de saúde	22 (6,4)	46 (13,5)	39 (11,4)	109 (32,0)	124 (36,4)	2,95	0,62
Feedback (retorno das informações) da equipe de saúde	11 (3,2)	29 (8,5)	24 (7,1)	81 (23,9)	194 (57,2)	3,31	0,51
Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	32 (9,4)	37 (10,9)	40 (11,8)	96 (28,2)	135 (39,7)	3,01	0,55
Avaliações sistemáticas de seus programas e serviços prestados	18 (5,2)	38 (11,1)	40 (11,8)	103 (30,2)	141 (41,4)	3,05	0,55

Continua

Tabela 1. Distribuição das respostas dos itens, escore médio e cargas fatoriais para validade fatorial.

Continuação

Itens por atributos	Não sei/Não lembro n (%)	Com certeza não n (%)	Provavelmente não n (%)	Provavelmente sim n (%)	Com certeza sim n (%)	Escore Médio [#]	Carga fatorial [†]
Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	21 (6,2)	149 (43,7)	8 (2,4)	33 (9,7)	129 (37,9)	2,45	0,45
Presença de usuários no Conselho Gestor ou Conselho Distrital de Saúde	41 (12,0)	34 (10,0)	23 (6,8)	56 (16,4)	186 (54,7)	3,22	0,45
Rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos	48 (14,1)	65 (19,1)	66 (19,4)	74 (21,8)	87 (25,5)	2,61	0,38
Vínculos com serviços/organizações religiosas	39 (11,4)	115 (33,8)	80 (23,5)	59 (17,4)	47 (13,8)	2,17	0,34
Envolvimento com associações de moradores/ lideranças comunitárias	24 (7,1)	12 (3,5)	29 (8,5)	91 (26,8)	184 (54,1)	3,35	0,45
Agentes comunitários ou membros do conselho gestor/conselho distrital de saúde	30 (8,8)	35 (10,2)	16 (4,7)	70 (20,5)	189 (55,5)	3,26	0,54

[#]Escala variando de 1 a 4. [†]Carga fatorial obtida considerando profissionais que atendem adultos e crianças e profissionais que atendem somente adultos (n=335).

*Itens específicos sobre o cuidado com as crianças. [‡]Carga fatorial obtida na análise fatorial adicional (não mostrada), considerando somente profissionais que atendem adultos e crianças (n=251).

Tabela 2. Distribuição de itens dos atributos (ou componentes) da APS nos fatores obtidos pela análise fatorial.

Fator	Número de itens	Atributo (ou componente)	Varição explicada* (%)
1	14	Orientação Familiar	35,11
2	17	Orientação Comunitária	8,19
3	13	Integralidade Serviços Prestados	6,10
4	4	Orientação Comunitária	5,49
5	4	Acesso de Primeiro Contato	5,02
6	7	Longitudinalidade	
	7	Coordenação do cuidado	4,26
	8	Coordenação sistema de informação	
7	16	Integralidade Serviços Disponíveis	3,89
8	5	Acesso de Primeiro Contato	
	6	Logitudinalidade	3,30
9	6	Integralidade Serviços Disponíveis	3,23

*Obtida considerando profissionais que atendem adultos e crianças e profissionais que atendem somente adultos (n=335).

A avaliação da consistência interna pelo alfa de Cronbach foi adequada para Longitudinalidade, Integralidade de Serviços Disponíveis, Integralidade de Serviços, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Para Coordenação Sistema de Informação, o coeficiente alfa de Cronbach foi igual a 0,56, considerado moderado, e para a Coordenação do Cuidado e o Acesso de Primeiro Contato, o alfa foi insuficiente, 0,48 e 0,28, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Medidas de fidedignidade e discriminação para os atributos da APS.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	n	Número de itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total (Mín - Máx)	Medidas Teste-Retestes		REE [‡]
					Comparação de médias ou das distribuições [#]	Concordância Bland Altman [§]	
Acesso de Primeiro Contato	340	9	0,28	-0,06-0,22	0,892	0,781	74%
Longitudinalidade	339	13	0,72	0,14-0,51	0,900	0,992	92%
Coordenação do Cuidado	340	7	0,48	0,08-0,39	0,251	0,113	79%
Coordenação Sistema de Informação	340	8	0,56	0,07-0,43	0,104	0,070	81%
Integralidade - Serviços Disponíveis	339	22	0,78	0,07-0,59	0,879	0,788	89%
Integralidade - Serviços Prestados [¶]	340	13	0,84	-	-	-	99%
Integralidade - Serviços Prestados*	251	18	0,88	0,31-0,69	0,061	0,068	99%
Orientação Familiar	339	14	0,89	0,40-0,71	0,003	0,001	100%
Orientação Comunitária	339	21	0,90	0,27-0,72	0,658	0,702	100%

[#]Valor-p associado ao teste t ou Wilcoxon para amostras pareadas. [¶]Valor-p associado ao teste t para amostras pareadas. [‡]Razão Êxito da Escala. [§]Foram considerados profissionais que atendem adultos e crianças e profissionais que atendem somente adultos. ^{*}Foram considerados somente profissionais que atendem adultos e crianças.

A correlação item-total mostrou resultados adequados (mínimo-máximo) para Orientação Familiar e Integralidade de Serviços Prestados. Para Orientação Comunitária, somente um item apresentou correlação item-total não adequada (0,27-0,72). Para Longitudinalidade (0,14-0,51), Coordenação do Cuidado (0,08-0,39), Coordenação Sistema de Informação (0,07-0,43) e Integralidade Serviços Disponíveis (0,07-0,59), foram obtidas tanto correlações não adequadas quanto correlações adequadas. Por outro lado, o Acesso de Primeiro Contato (-0,06-0,22) apresentou correlações item-total não adequadas para todos os itens que constituem o atributo (Tabela 3).

Os atributos Orientação Familiar e Orientação Comunitária apresentaram REE igual a 100%. Em contrapartida, os menores percentuais para essa medida foram obtidos no Acesso de Primeiro Contato (REE=74%) e na Coordenação do Cuidado (REE=79%). Na fidedignidade relacionada à estabilidade ao longo do tempo, tanto no método de comparação das distribuições quanto no método que observa a concordância entre os diferentes tempos, a estabilidade da escala foi verificada, exceto para o atributo Orientação Familiar ($p < 0,05$) (Tabela 3).

Discussão

Neste estudo, foram realizadas tradução, adaptação e avaliação da validade e da fidedignidade do PCATool-Brasil versão profissionais de saúde, evidenciando que o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de APS.

Na validade fatorial, os seis atributos da APS foram captados pelos primeiros 9 fatores na análise fatorial, identificando a natureza multidimensional do instrumento e conceitual do fenômeno, também presente na versão original do instrumento. O atributo Longitudinalidade foi captado em 2 fatores, os quais também representam os atributos Acesso de Primeiro Contato e Coordenação. Isso sugere uma forte relação entre o Acesso de um serviço de saúde e a Longitudinalidade que, por sua vez, também está fortemente relacionada à Coordenação do serviço (Tabela 2).

Além disso, os itens que representam a confiança usuário-profissional (processo da Longitudinalidade) mostraram-se relacionados ao Acesso de Primeiro Contato, enquanto que os itens sobre a continuidade da atenção (estrutura da Longitudinalidade) foram relacionados à Coordenação do serviço, uma vez que o atributo Longitudinalidade é constituído pelos itens que caracterizam a relação de confiança do usuário (paciente) com um profissional, em particular, e também a continuidade da atenção ao cuidado⁴ (Tabela 2). Essa inter-relação de itens que representam distintos atributos em um mesmo fator ressalta a adequação do instrumento ao conceito de APS, no qual os atributos podem ser operacionalmente segmentados, mas se apresentam, na realidade dos serviços, completamente interligados.

Os resultados para a fidedignidade sugerem consistência para Longitudinalidade, Integralidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária. Por outro lado, a consistência interna foi moderada para a Coordenação e insuficiente para o Acesso de Primeiro Contato, haja vista que as estimativas do alfa de Cronbach foram relativamente baixas. Na REE, os atributos Longitudinalidade, Integralidade, Orientação Familiar e Orientação Comunitária apresentaram os resultados mais elevados, sugerindo ter melhor discriminação. A estabilidade no tempo foi verificada para todos os atributos, exceto a Orientação Familiar. Neste caso, a alteração na estabilidade temporal pode ter sido ocasionada devido a novas experiências dos profissionais com os usuários no serviço de saúde. (Tabela 3).

Nos atributos Acesso de Primeiro Contato e Coordenação, houve predomínio de itens com carga fatorial baixa e medidas de consistência interna insuficiente e moderada, sugerindo a presença de itens com potencial para exclusão. No entanto, a maioria desses itens refere-se essencialmente às características de organização dos serviços de saúde (dias e horários de funcionamento das unidades de saúde) e a transição de usuários entre os níveis primário, secundário e terciário. Essas características, em Porto Alegre, são estabelecidas pela administração municipal nos serviços públicos de saúde e, conseqüentemente, apresentam-se de maneira uniforme nos quatro serviços de APS. As unidades de saúde não funcionam durante a noite, nem nos finais de semana, e a marcação de consultas de referência para outro nível de atenção é realizada por uma central de marcação de consultas, independentemente do serviço ao qual o usuário é afiliado. Consoante a isso, os itens como atendimento nos finais de semana, após as oito horas da noite, ou no mesmo dia, quando o serviço está fechado, e a disponibilidade de telefone para contato foram acentuadamente avaliados de forma negativa. Evidências similares foram encontradas por Mead et al.⁸ bem como por Haggerty et al.¹⁷, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de um número de telefone para contato.

Nesse sentido, a organização dos serviços em Porto Alegre contribui para a alta concentração de respostas em somente uma das opções da escala, apontando a total presença ou ausência da característica apresentada no item e ilustrando a sua

baixa variabilidade (Tabela 1). Segundo Streiner²⁸, itens desse tipo tendem a ser pouco discriminantes e pouco contribuem para os resultados da avaliação de escalas. Entretanto, é necessário considerar as particularidades na organização dos serviços, uma vez que a baixa discriminação de itens observada neste estudo não necessariamente significa que sejam inadequados, pois em contextos com diferentes formas de organização dos serviços, podem ser úteis para discriminar a orientação à APS. Também é importante lembrar que características exclusivas dos serviços de saúde, como o fornecimento de informação escrita para levar ao especialista, muitas vezes fundamentais na operacionalização do processo de cuidado, devem estar presentes em processos avaliativos.

Embora os resultados tenham mostrado que alguns itens não possuem todas as propriedades psicométricas desejáveis, optou-se por mantê-los no instrumento devido à importância conceitual para a definição de APS proposta por Starfield⁴, principalmente no caso dos atributos essenciais Acesso de Primeiro Contato e Coordenação. Essas fragilidades podem ser aceitas também por tratar-se de um instrumento que almeja medir numerosas e diversas características de diferentes sistemas de saúde, mantendo a equivalência com instrumentos de avaliação semelhantes aos de outros países.

No Brasil está disponível outra adaptação do PCATool para profissionais de saúde. Almeida e Macinko¹⁵ validaram essa versão utilizando uma amostra de 33 profissionais, com modificações em relação ao formato original do instrumento. Os atributos essenciais e derivados foram mantidos, à exceção de Competência Cultural. Em contrapartida, foi proposta a inclusão do atributo que se refere à formação profissional. A escala de respostas é a do tipo Likert (de 1=nunca a 6=sempre) e a opção 88 (não sabe), sendo, portanto, diferente da escala original. A fidedignidade foi avaliada exclusivamente pelo coeficiente alfa de Cronbach para cada item e também para cada atributo. A validade fatorial foi verificada pela unidimensionalidade, não contemplando a estrutura conceitual (multidimensional) que possibilita a avaliação individual dos atributos da APS¹⁵. Por conseguinte, o processo de validade e fidedignidade é diferente da abordagem e metodologia utilizada neste estudo, assim como são distintas as adaptações. Outros estudos de validação do PCATool para profissionais de saúde que permitissem contextualizar estes resultados não são de nosso conhecimento.

A origem dos dados de um único município sugere uma limitação na generalização dos resultados, refletindo, potencialmente, validade e fidedignidade das características dos serviços públicos de APS em Porto Alegre. Também parece importante observar o grande número de itens do instrumento e a frequência de respostas na categoria 'não sei/não lembro'. Os maiores percentuais desta categoria foram observados para Orientação Comunitária, sendo a taxa mais elevada de 14,1%, no item "Rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos" (Tabela 1). Frequências muito elevadas para a opção 'não sei/não lembro' podem influenciar a qualidade das respostas ao longo do questionário.

A utilização do PCATool exige a avaliação prévia de equivalência com a versão original e a descrição das suas propriedades psicométricas. Do contrário, versões muito diferentes ocasionam dificuldades para comparações de resultados entre estudos em âmbito nacional ou internacional.

Conclusões

Mesmo considerando as diferenças regionais e o grande número de itens, o PCATool-Brasil versão profissionais captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Assim, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde. Por conseguinte, é um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS.

Em estudos comparativos pode-se utilizar a versão em espelho dos usuários, com número menor de itens, conforme sugerido pela autora do instrumento original. Para minuciosa avaliação local da presença e extensão dos atributos da APS, sugere-se a utilização do PCATool-Brasil versão profissionais de saúde cuja validade e fidedignidade foram averiguadas neste estudo. Embora seja um instrumento um pouco extenso, permite identificar especificamente possíveis indicadores de baixa qualidade que necessitam de ações e/ou monitoramento.

Agradecimentos

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), por meio do edital 008/2004, para Projetos de Pesquisa e Desenvolvimento Prioritários para o Sistema Único de Saúde (processo 04/1507.3), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do edital 49/2005 (processo 402466/2005-5), e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), por meio de bolsa PRODOC, 2005.

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005; 83: 457-502. PMID:16202000 PMCid:PMC2690145. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med.* 2005; 61: 65-75. PMID:15847962. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.056>
3. Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. *Soc Sci Med.* 2000; 51: 1611-25.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação; Ministério da Saúde; 2002.
5. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med.* 2007; 5: 336-44. PMID:17664500 PMCid:PMC1934980. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.682>
6. Hussey PS, De Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res.* 2009; 44: 784-805. PMID:19187184 PMCid:PMC2699907. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00942.x>
7. Ohman-Strickland PA, John OA, Nutting PA, Dickinson WP, Scott-Cawiezell J, Hahn K, et al. Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Serv Res.* 2007; 42: 1257-73. PMID:17489913 PMCid:PMC1955254. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00644.x>
8. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)-development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract.* 2008; 9: 13. PMID:18289385 PMCid:PMC2277420. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-9-13>
9. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract.* 2001; 50: 161W-175W.
10. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care.* 2009; 18(6):44-8. PMID:19569570.
11. Cassidy C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenbergl L. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000; 105:998-1003.
12. Starfield B, Shi L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2002.
13. 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. PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
14. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em 30 mar 2013]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
15. 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.
16. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective] (in Spanish). *Aten Primaria.* 2007; 39: 395-401. PMID:17692225. <http://dx.doi.org/10.1157/13108612>
17. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008; 6: 116-23. PMID:18332403 PMCid:PMC2267415. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
18. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim S, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care.* 2009 Apr; 21(2): 103-11. PMID:19286829. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp007>
19. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2010; 10: 397. PMID:20602806 PMCid:PMC2908092. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
20. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria en salud. *Rev. Argent. Salud Publica* 2011; 2(8): 6-14.
21. Puerto Rico Health Services Research Institute. Development of a Spanish Version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT). [acesso em 31 mar 2012]. Disponível em: prhsri.rcm.upr.edu/recentpro.html

22. Pizanelli M, Ponzo J, Buglioli M, Toledo A, Casinelli M, Gómez A. Validación de Primary Care Assessment Tool (PCAT) en Uruguay. *Rev Med Urug.* 2011; 27(3): 187-189.
23. Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *N Z Med J.* 2011 Feb 11; 124(1329): 16-25. PMID:21475356.
24. Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23(3): 402-12. PMID:20453187. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.03.090222>
25. Berra S, Rocha KB, Sanz MR, Pasarín MI, Rajmil L, Borrel C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health.* 2011; 11: 285.
26. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003; 38: 831-65. PMID:12822915 PMCid:PMC1360919. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
27. 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. PMID:17147819 PMCid:PMC1790713. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
28. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use.* 4th ed. Oxford University Press; 2008.

PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida

PCATool-ADULT-BRAZIL: a reduced version

PCATool-ADULTO-BRASIL: una versión reducida

Mônica Maria Celestina de Oliveira. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. olivmonica@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

João Riboldi. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. joao.riboldi@ufrgs.br

Bruce Bartholow Duncan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. bbduncan@ufrgs.br

Resumo

A reorganização do sistema de saúde brasileiro traz a necessidade de avaliação contínua dos serviços ofertados à população. O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool-Brasil) versão usuários adultos, validado para o contexto brasileiro, mostrou-se adequado para medir a presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde (APS) nos serviços de saúde. Para otimizar o processo de aplicação e utilização dos resultados em ações estratégicas, é necessária uma versão reduzida deste instrumento. Assim, o objetivo deste artigo é apresentar uma versão reduzida do PCATool-Brasil para usuários adultos e analisar sua adequação. O instrumento foi aplicado a 2.404 adultos residentes das áreas adscritas de unidades de APS do município de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Por meio do modelo logístico de dois parâmetros da Teoria de Resposta ao Item (ML-2), foram identificados 23 itens que apresentaram características de discriminação, classificadas de moderada a forte, contemplando os sete atributos da APS. Como medida de consistência, os resultados obtidos com esta versão foram comparados aos resultados da versão completa, revelando escores de APS concordantes. Estes achados indicam que o PCATool-Brasil, versão reduzida para usuários adultos, tem adequada validade e confiabilidade, podendo ser adotado como ferramenta de avaliação rápida de orientação para a APS nos serviços brasileiros, permitindo aos gestores tomada de decisão orientada por evidências para desenvolver ações de melhoria na qualidade dos cuidados ofertados à população.

Abstract

The reorganization of the Brazilian health system brings the need for on-going evaluation of the services offered to the population. The Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil) version for adult users, validated for the Brazilian context, adequately measures the presence and extent of attributes of primary health care (PHC) services. A reduced version of this instrument is required to optimize the process of implementation and use of the results in strategic actions. This article aims to present a reduced version of the PCATool-Brazil for adult users and analyze its suitability. The instrument was applied to 2404 adult residents of areas covered by primary health care (PHC) units in Porto Alegre, Rio Grande do Sul state. By the two-parameter logistic model of Item Response Theory (ML-2), 23 items that presented discrimination classified as moderate to strong, contemplating the seven attributes of PHC, were selected. As a measure of consistency, the results obtained with this version were compared with the complete version, revealing consistent PHC scores. These findings indicate that the PCATool-Brazil reduced version for adult users presents adequate validity and reliability, and it can be adopted as a rapid assessment tool to evaluate PHC in Brazilian services, permitting decision making guided by evidence in the development of actions to improve the quality of care offered to the population.

Resumen

La reorganización del sistema de salud brasileño trae la necesidad de una evaluación continua de los servicios ofrecidos a la población. La Herramienta de Evaluación de Atención Primaria (PCATool-Brasil), versión para usuarios adultos, validada para el contexto brasileño, se mostró adecuada para medir la presencia y el alcance de los atributos de la atención primaria de salud (APS) en los servicios de salud. Para optimizar el proceso de aplicación y utilización de los resultados en acciones estratégicas, se necesita una versión reducida de este instrumento. Así, el objetivo de este artículo es presentar una versión reducida de PCATool-Brasil para usuarios adultos y analizar su adecuación. El instrumento se aplicó a 2.404 adultos residentes en las áreas adscritas a las unidades de APS del municipio de Porto Alegre, en Rio Grande do Sul. A través del modelo logístico de dos parámetros de la Teoría de Respuesta al Ítem (ML-2) se identificaron 23 elementos que mostraron una discriminación clasificada entre moderada y fuerte, contemplando los siete atributos de la APS. Como medida de consistencia, los resultados obtenidos con esta versión se compararon con los resultados de la versión completa, revelando puntuaciones de APS concordantes. Estos resultados indican que el PCATool-Brasil, versión reducida para usuarios adultos, tiene validez y fiabilidad adecuadas, y puede ser adoptado como una herramienta de evaluación rápida de orientación para la APS en los servicios brasileños, permitiendo que los gestores puedan tomar decisiones orientados por evidencias para desarrollar acciones destinadas a mejorar la calidad de la atención ofrecida a la población.

Como citar: Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):256-63. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Serviços de Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde

Keywords:

Primary Health Care
Health Services
Health Services Evaluation

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Servicios de Salud
Evaluación de Servicios de Salud

Fonte de financiamento:

FAPERGS, CNPq e CAPES.

Parecer CEP:

2004367 (Propesq – UFRGS)
aprovado em 13/01/2005.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
Recebido em: 17/04/2013
Aprovado em: 23/09/2013

Introdução

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo os diferentes aspectos da atenção, é um grande desafio para os gestores.

Nos últimos anos, a prática de pesquisas para avaliação de serviços de saúde vem ganhando destaque nas agendas públicas e alguns instrumentos, como o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), se apresentam como uma opção para essas avaliações¹⁻⁷.

A validação deste instrumento, realizada nos EUA, resultou em um conjunto de 92 itens relacionados com confiabilidade e validade suficientes para avaliar aspectos de estrutura e processo da Orientação à Atenção Primária à Saúde (APS)². No Brasil, a versão do PCATool-Infantil aplicada aos cuidadores da população menor de dois anos de idade, usuários dos serviços da rede de atenção básica da região sul de Porto Alegre-RS, foi validada em 2004 e resultou em um instrumento com 45 itens contemplando os atributos essenciais e derivados^{3,4}. Depois de uma revisão dessa validação em 2010, uma nova versão mais robusta deste instrumento ficou composta de 55 itens⁵.

Estudo de validação realizado entre 2006-2007 com a versão do PCATool para usuários adultos, também na rede de serviços de Porto Alegre, deu origem a um instrumento composto de 86 itens, que apresentou resultados de confiabilidade e validade semelhantes ao encontrando na validação realizada nos EUA que se revelou uma ferramenta adequada para captar a orientação à APS⁵. Em todos os trabalhos de validação do PCATool, a metodologia utilizada foi a Teoria Clássica de Teste (TCT), assim como nas versões originais da autora do instrumento⁵⁻⁸.

Em seguimento aos trabalhos de Starfield et al.² e Harzheim et al.^{3,4}, em 2013, foi realizada uma reavaliação do PCATool-ADULTO-BRASIL⁹ utilizando a Teoria da Resposta ao Item (TRI) como metodologia de análise. A partir de um modelo acumulativo unidimensional, os resultados destacaram que há uma contribuição diferente de cada item desse instrumento para o traço latente 'Orientação à APS'. Estes resultados confirmam a adequação do PCATool-Brasil versão usuários adultos para avaliação de serviços de Atenção Primária, evidenciando, no entanto, a baixa contribuição de alguns itens, indicando a possibilidade de redução desse instrumento.

Considerando que a 'Orientação para a APS' é uma informação de extrema relevância para auxiliar gestores da saúde na tomada de decisão para a organização dos serviços, é relevante a estruturação de uma versão reduzida do PCATool-Brasil, para que essa informação possa ser periódica e sistematicamente obtida junto aos usuários dos serviços de APS, configurando um conjunto de painéis longitudinais do grau de orientação à APS dos serviços.

A proposta do presente artigo é apresentar uma versão reduzida do PCATool-Brasil, versão usuários adultos, a partir da reavaliação realizada via Teoria da Resposta ao Item (TRI) por meio da experiência dos usuários dos serviços de APS de Porto Alegre.

Métodos

Delineamento e fonte de dados

Um estudo transversal de base populacional realizado entre 2006 e 2007¹, teve como base de avaliação 3.014 sujeitos, adultos maiores de 18 anos de idade, residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre e de um serviço privado estruturado sob os princípios da APS. Para este estudo de validação do PCATool, utilizou-se uma subamostra de 2.404 usuários vinculados há pelo menos 12 meses a um dos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde do município.

Na amostra aqui explorada, foram incluídos todos os serviços que funcionaram como primeiro nível do sistema de saúde e foram referidos pelo entrevistado como a sua fonte de cuidado.

Instrumento de avaliação

O PCATool-Brasil versão usuários adultos é um instrumento de avaliação da orientação à APS, composto por 86 itens, sendo 3 itens que medem o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde e 85 itens relacionados aos atributos da APS (Primeiro Contato – Utilização e Acesso, Longitudinalidade, Integralidade – Serviços Disponíveis e Serviços Prestados, Coordenação – Cuidado e Sistema de Informações, Orientação Familiar e Orientação Comunitária).

Estes itens do PCATool-Brasil são descritos de maneira a captar a experiência do usuário com características de processo e estrutura de um serviço de saúde que, quando presentes, qualificam o atendimento prestado à população adscrita¹⁰.

Em alinhamento ao trabalho desenvolvido na versão completa do PCATool-Brasil⁵, um modelo da Teoria de Resposta ao Item -TRI (Modelo Logístico de 2 parâmetros – ML-2) foi adotado para avaliação das características dos itens para a versão reduzida¹¹. Essas características são descritas no contexto deste estudo como discriminação e favorabilidade dos itens para a obtenção do traço latente ‘Orientação à APS’.

Como estratégia para reduzir o instrumento, ficou definido que a seleção dos itens seria baseada na discriminação (parâmetro de inclinação do modelo TRI) e na relevância teórica para o escore de orientação à APS. Seguindo essa definição, foi adotado o valor 0,60 como ponto de corte para a estimativa do parâmetro de inclinação, construindo-se assim as seguintes categorias de discriminação:

$$\begin{aligned} a_i < 0,60 &= \text{baixa} \\ 0,60 \leq a_i \leq 1,30 &= \text{moderada} \\ 1,31 \leq a_i \leq 1,70 &= \text{alta} \\ a_i > 1,70 &= \text{muito alta} \end{aligned}$$

Seguindo o referencial teórico adotado por Starfield, todos os investigadores mantiveram, nas versões adaptadas e validadas em diferentes países, a representatividade dos atributos essenciais e derivados da APS. Dessa forma, a versão reduzida do PCATool-Brasil deveria também apresentar itens desses atributos, garantindo assim uma adequada estimação do escore geral da APS^{2,4,6-8,12-14}.

Depois da seleção, os itens foram recalibrados na mesma amostra de serviços de APS utilizada na validação da versão do PCATool-ADULTO-BRASIL, a fim de se verificar a reprodutibilidade dos resultados com a estrutura obtida para o instrumento⁵.

Com o objetivo de comparar as versões do PCATool-Brasil quanto à informação extraída, utilizou-se o mesmo método de obtenção do escore geral, calculando os escores a partir das médias por atributo. Esse procedimento levou em consideração apenas os itens que foram selecionados por meio do modelo TRI. A consistência interna dessa versão reduzida foi avaliada por meio do “Alfa de Cronbach” e comparada à versão completa. Valores desse coeficiente acima de 0,70 indicam boa confiabilidade do instrumento. Também se avaliou a concordância entre os escores da versão completa (77 itens) e a versão reduzida (23 itens), por meio do gráfico de Bland-Altman¹⁵.

Para organização e análise dos dados neste trabalho, foram utilizados os Softwares SPSS 19 e R.15.2 a partir das bibliotecas específicas para abordagem TRI^{16,17}.

Aspectos éticos

O projeto principal intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e modelos alternativos no município de Porto Alegre” teve aprovação dos comitês de ética das instituições envolvidas na pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Grupo de Pesquisa e Pós Graduação - Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA), Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). As entrevistas foram realizadas com os adultos mediante a leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Características da amostra

As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

No que se refere ao grupo de usuários dos cinco serviços de APS, num total de 1.393 sujeitos, observa-se que aproximadamente 63% referiram uma 'Equipe de Saúde da Família' (ESF) ou uma 'Unidade Básica de Saúde' (UBS), modelos esses existentes em todo o Brasil. Na amostra geral, observa-se que 24% dos usuários referiram como referência um 'médico particular' e aproximadamente 13% citaram o 'ambulatório de um plano de saúde privado'.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com os serviços avaliados.

Serviços	ESF	UBS	CSE_MUR	GHC	CASSI	Ambulatório Plano de Saúde	Consultório particular	Serviço da empresa/ Escola/Sindicatos	Clínicas/Atendimento domiciliar/Outros
Características sociodemográficas									
	Frequências relativas (%)								
Sexo	n=578	n=300	n=188	n=134	n=193	n=301	n=580	n=62	n=68
Masculino	34,1	37	33,5	32,1	49,7	41,9	34	62,9	42,6
Feminino	65,9	63	66,5	67,9	50,3	58,1	66	37,1	57,4
Cor (autorreferida)	n=576	n=300	n=188	n=134	n=192	n=300	n=578	n=62	n=68
Não Brancos	42,9	40	51,1	24,6	5,7	31,7	15,2	40,3	44,1
Brancos	57,1	60	48,9	75,4*	94,3*	68,3	54,8	59,7	55,9
Situação conjugal	n=578	n=300	n=187	n=133	n=193	n=299	n=578	n=62	n=68
Sem companheiro (a)	34,9	40,7	46	45,1	31,6	35,8	39,3	33,9	47,1
Com companheiro (a)	65,1	59,3	54	54,9	68,4	64,2	60,7	66,1	52,9
Estrato social	n=578	n=300	n=188	n=134	n=193	n=301	n=580	n=62	n=68
AB	19,2	24,3	20,7	35,8	81,3	50,2	72,6	56,5	51,5
CDE	80,8	75,7	79,3	64,2	18,7	49,8	27,4	43,5	48,5
Medidas descritivas									
	Frequências relativas (%)								
Idade (anos)	n=578	n=300	n=188	n=134	n=193	n=301	n=580	n=62	n=68
Média	41,89	44,21	42,8	48,8	56,4*	44	51,9	41,1	43,4
Mediana	41	43	43	52	55	43	53,5	43	42,5
Desvio padrão	15,1	16,8	16,4	18,3	15	16,6	18,3	14,5	17,9
Escolaridade (anos)	n=578	n=297	n=187	n=134	n=192	n=299	n=579	n=62	n=68
Média	6,7	7,5	7,2	8	14,8	9,8	12,2	11,5	10,06
Mediana	7	8	8	8	15	11	12	11	11
Desvio padrão	3,4	3,8	3,3	3,8	3,5	3,9	4,7	4,1	3,7

*Diferenças significativas ao nível de 0,05.

Uma análise descritiva dos itens do PCATool apontou para uma contribuição distinta e não nula de todos os itens ao longo da escala de orientação à APS. No entanto, a avaliação via TRI identificou alguns desses itens com baixa discriminação.

Dos itens do PCATool-Brasil organizados de acordo com os atributos da APS, que compõem a versão adulto do PCATool-Brasil, 23 foram selecionados a partir da discriminação e da importância conceitual para a composição da versão reduzida; estes se encontram descritos na Tabela 2.

A concordância entre os escores da versão completa e a versão reduzida avaliada pelo gráfico de Bland-Altman (Figura 1), apresenta uma distribuição aleatória dos pontos em torno do zero e diferença média de 0,35.

Tabela 2. Itens do PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida e estimativas do parâmetro de discriminação do item na versão completa.

Atributos da APS	Itens	Descrição do item	Parâmetro de discriminação - ai (EP)
Afiliação	A1, A2 e A3	A combinação das 3 questões referentes ao serviço de saúde preferencial*	0,874 (0,06)
Primeiro contato [Utilização]	B2	Quando tem novo problema vai a esse serviço antes de ir a outro	0,060 (0,05)#
Primeiro contato [Acesso]	C4	Aconselhamento rápido por telefone quando aberto	1,182 (0,064)
	C11	Dificuldade para ter atendimento	1,072 (0,064)
Longitudinalidade /Atendimento continuado	D1	Atendimento pelo mesmo profissional	0,849 (0,057)
	D6	Sente-se à vontade	1,851 (0,110)
	D9	Sabe quais são os problemas importantes para você	1,667 (0,081)
	D15	Mudaria de serviço se fosse fácil	1,214 (0,065)
	E6	Médico sugeriu consulta com especialista	-0,067 (0,059)#
Coordenação (Cuidado e Sistemas de informação)	E10	Informou motivo para consulta	-0,039 (0,061)#
	E11	Resultado da consulta com especialista	0,727 (0,069)
	E13	Qualidade da consulta com especialista	0,927 (0,077)
Integralidade (Serviços disponíveis)	F3	Prontuário disponível	1,123 (0,097)
	G9	Aconselhamento sobre saúde mental	0,753 (0,053)
	G17	Aconselhamento sobre fumo	0,787 (0,053)
Integralidade (Serviços prestados)	G20	Aconselhamento sobre mudanças com o envelhecimento	1,467(0,075)
	H1	Conselhos sobre a alimentação	1,743 (0,084)
	H5	Exercícios apropriados	1,736 (0,084)
	H7	Verifica e discute os medicamentos	1,908 (0,095)
Enfoque familiar	H11	Prevenção de quedas	1,361 (0,083)
	I1	Tratamento e cuidado para você e para a família	1,910 (0,092)
Orientação comunitária	I3	Contato com a família caso solicite	1,441 (0,073)
	J4	Pesquisas com pacientes	0,867 (0,057)

*A1- Há um médico ou serviço de saúde onde você geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? A2 - Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? A3- Há um médico ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde? # Itens incluídos na versão reduzida conceitualmente.

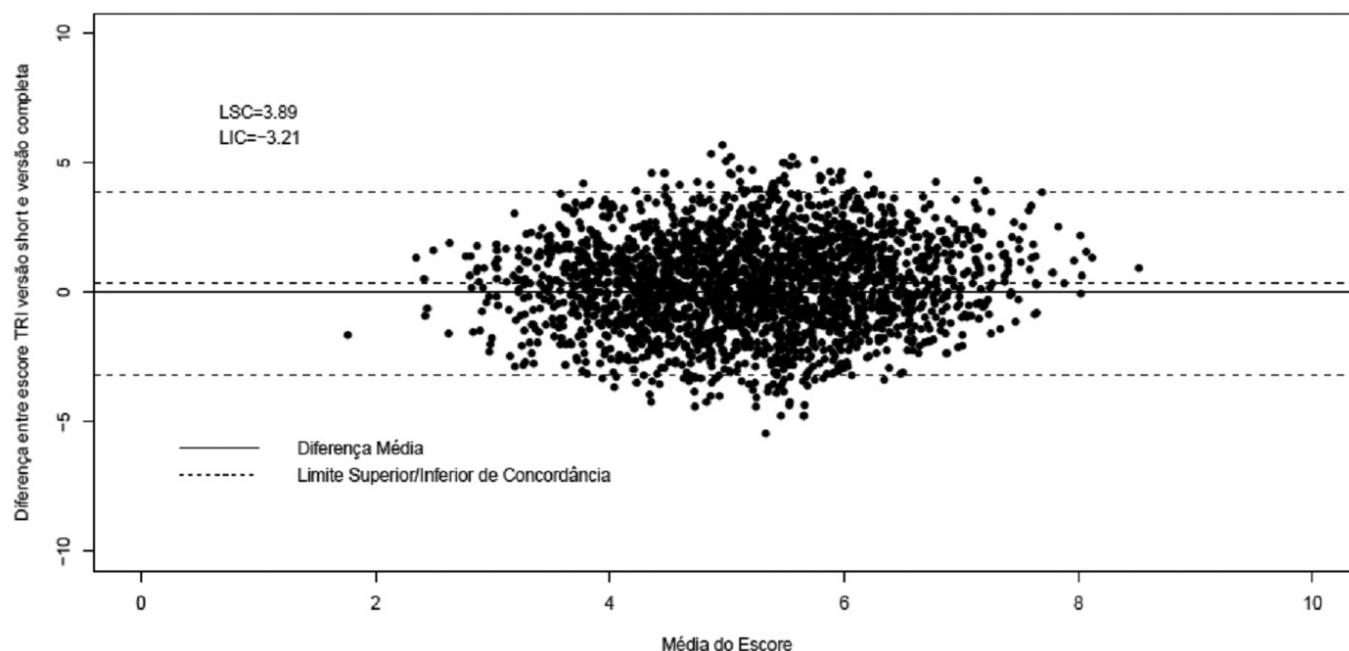


Figura 1. Bland-Altman - Escore TRI versão reduzida vs versão completa.

A medida de consistência interna dessa versão reduzida, medida pelo α de Cronbach, foi aproximadamente 0,82. A correlação entre o escore com 77 itens e o escore da versão de 23 itens apresentou uma moderada, mas significativa, associação entre as medidas (coeficiente correlação de Pearson = 0,575, $p < 0,001$). Na comparação dos escores obtidos via modelo TRI (versão completa e versão reduzida), as diferenças entre os tipos de serviços foram perceptíveis. Os escores para os diferentes serviços e suas respectivas medidas descritivas estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação dos escores – versão reduzida por serviços avaliados.

Serviços	ESF	UBS	CSE_MUR	GHC	CASSI	Ambulatório Plano de Saúde	Consultório Particular	Serviço da Empresa/ Escola/ Sindicatos	Clínicas/ Atendimento Domiciliar/ Outros
Medidas descritivas									
Escore TRI Completa (77 itens)	n=578	n=299	n=188	n=134	n=193	n=301	n=580	n=62	n=68
Média	4,17	3,79*	3,97*	4,96	5,50	4,54*	5,30	5,09	4,51
Mediana	4,29	3,82	4,13	5,23	6,00	4,70	5,79	5,47	4,92
Desvio Padrão	1,75	1,68	1,71	1,77	2,22	1,57	1,93	1,75	1,98
Escore TRI Reduzida (23 itens)	n=578	n=299	n=188	n=134	n=193	n=301	n=579	n=62	n=68
Média	4,10	3,79	3,90	4,96	5,73	4,46	5,23	4,78	4,19
Mediana	4,31	4,04	4,16	5,19	6,20	4,72	5,72	5,33	4,73
Desvio Padrão	1,71	1,68	1,70	1,72	1,81	1,56	1,94	1,83	2,02
Escore Reduzida (cálculo por atributos)	n=578	n=300	n=188	n=134	n=193	n=301	n=580	n=62	n=68
Média	5,80	5,07	5,47	6,98	7,45	6,06	6,54	6,46	5,91
Mediana	5,75	5,02	5,41	7,07	7,65	6,06	6,64	6,68	6,05
Desvio Padrão	1,73	1,75	1,71	1,57	1,48	1,55	1,56	1,85	1,85

*ANOVA (Análise de Variância) - Diferenças significativas ao nível de 0,05; Serviço de Referência na Comparação – UBS.

Partindo-se da análise das médias dos escores, todos os serviços são classificados como serviços de ‘fraca orientação à APS’. Para as ESF e UBS, serviços existentes em todo o país, há uma discreta aproximação das médias, com uma pequena superioridade para a ESF.

Considerando o escore calculado a partir da média por atributos da APS presentes na versão reduzida, percebe-se um considerável aumento nos escores para todos os serviços, com dois destes atingindo médias superiores a 6,6, o que permitiria a classificação como serviços de forte orientação à APS (Tabela 3).

Discussão

A versão completa do PCATool-ADULTO-BRASIL apresenta itens que são representativos da estrutura e dos processos que norteiam os serviços de APS. No entanto, foi evidenciado no processo de validação via TRI que alguns destes itens contribuíam de forma pouco expressiva para a obtenção do traço latente ‘Orientação à APS’. Em função dessa fragilidade considerou-se importante extrair do conjunto de 77 itens aqueles que mais contribuísem para a obtenção do escore e que tornassem essa ferramenta mais informativa, acessível e útil aos diferentes níveis da gestão da saúde.

A identificação dos itens que carregam maior quantidade de informação descritiva, sendo, desta forma, aqueles que mais discriminam os serviços quanto ao traço latente, foi embasada diretamente no parâmetro de inclinação do item, permitindo

aos autores definir que itens com valor deste parâmetro $> 0,60$ contribuíam, ao menos moderadamente, para o construto 'Orientação para APS'. Esse critério já foi adotado por Castro e Guewehr em seus estudos, também na área da saúde^{18,19}.

Avaliando a correlação entre os escores da versão reduzida e completa, foi observado que os escores estão correlacionados de forma positiva, o que indica que, a partir dessa versão reduzida do instrumento, pode-se seguramente avaliar os serviços de APS.

Assim como foi observado nos estudos de validação do PCATool-Brasil versão infantil^{3,4} e adultos⁵, os itens dos atributos Longitudinalidade e Integralidade-Serviços Prestados são os que apresentam maior contribuição para a estimação do escore. Nesta versão reduzida, também se pode destacar a importância do atributo Orientação Familiar, que apresenta uma elevada contribuição do item, representando a inclusão da família na tomada de decisão quando o paciente julgar importante^{3,5}.

Esse achado reforça a capacidade da versão reduzida para captar a contribuição dos itens de maior relevância na descrição de serviços quanto a sua orientação à APS e possibilitar ações específicas para melhoria dos serviços ofertados, o que permite sugerir que a versão reduzida seja adotada para avaliações rápidas e sistemáticas dos serviços de APS.

Conclusão

Alinhada às limitações apontadas na versão completa do PCATool, como a distribuição de itens de diferentes atributos da APS, com baixa contribuição para a estimação do traço latente (orientação à APS) e a consequente interferência nos valores estimados para essa orientação, há uma enorme necessidade de avaliações rápidas e sistemáticas dos serviços de APS no Brasil, para que ajustes e/ou melhorias possam ser implementados, minimizando o impacto dessas fragilidades da APS em outros níveis do sistema.

A versão reduzida do PCATool-ADULTO-BRASIL, aqui proposta, ficou composta por vinte e três itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS. São eles: Afiliação, Utilização, Acesso – Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis e Prestados, Enfoque Familiar e Orientação Comunitária. A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS.

Referências

1. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006 Dec 5; 6: 156. PMID:17147819 PMCID:PMC1790713. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
2. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Practice.* 2001; 50(2): 161-75.
3. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. [Tese]. Universidad de Alicante; 2004.
4. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein TA. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(8): 1649-59. PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
6. Starfield B, Shi L. PCAT Manual. Johns Hopkins University; 2001.
7. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A Tool to Evaluate Primary Health Care From the Population Perspective. *Aten Primaria.* 2007; 39(8): 395-403. PMID:17692225.
8. Lee JH, Choi Y-J, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care.* 2009 Apr 1; 21(2): 103-11. PMID:19286829. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzp007>
9. Oliveira MMC. Teoria da resposta ao item: aplicação na avaliação de orientação para atenção primária à saúde [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
10. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2004. PMCID:PMC1732766.

11. Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. Teoria da Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações [Internet]. SINAPE; 2000. Disponível em: <http://www.avaliaeducacional.com.br/referencias/arquivos/LivroTRI%20-%20Dalton.pdf>
12. Macinko J, Almeida C, De Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3): 167-77. PMID:17400576. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm008>
13. Jeon K-Y. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care.* 2011; 19(2): 85-103. PMID:21575331.
14. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria en salud. *Rev Argent Salud Publica.* 2011; 2(8): 6-14.
15. Hirakata VN, Camey SA. Análise de concordância entre métodos de bland-altman. *Rev HCPA.* 2009; 29(3): 261-268
16. International Business Machines - IBM. SPSS Statistics 19 [Internet]. IBM Company; 2010. Disponível em: <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>
17. R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Internet]. Viena: R foundation for Statistical Computing; 2012. Disponível em: <http://www.r-project.org/>
18. Castro SMJ. Teoria da Resposta ao Item: Aplicação na Avaliação da Intensidade de Sintomas Depressivos [Internet]. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008 [acesso em 2012 Sept 29]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/17457>
19. Guewehr K. Teoria da Resposta ao Item na avaliação de qualidade de vida de idosos [Internet]. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007 [acesso em 2012 Sept 28]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12638>

Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil

Assessing the quality of care for the elderly in services from public primary health care in Porto Alegre, Brazil

La evaluación de la calidad de la atención a los ancianos en los servicios públicos de atención primaria de salud en Porto Alegre, Brasil

Elise Botteselle de Oliveira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. elisebot@gmail.com
 Mary Clarisse Bozzetti. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. mcbozzetti@yahoo.com.br
 Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com
 Bruce Bartholow Duncan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. bbduncan@ufrgs.br
 Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br (Autor correspondente)

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional gera maiores necessidades em saúde e torna-se um desafio para os serviços de saúde. A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e no controle das multimorbidades. **Objetivo:** Avaliar a qualidade dos serviços públicos provedores de APS em Porto Alegre-RS, Brasil, na prestação do cuidado aos idosos. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, realizado em 2007, que entrevistou 212 idosos atendidos nos quatro tipos de serviços públicos da cidade: as unidades Básicas de Saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) e o Centro de Saúde Escola Murialdo. **Resultados:** Houve diferença significativa para os atributos Acesso-utilização, Longitudinalidade, Coordenação do cuidado e dos sistemas de informações, e Orientação familiar e comunitária. O SSC-GHC apresentou uma prevalência de 55,8% ($p < 0,001$) do alto escore geral de APS, números superiores aos demais serviços. O escore geral das práticas preventivas mostrou uma diferença significativa quando foram comparados os serviços em relação ao escore geral de APS, com média de 3,9 (IC 95%=3,60-4,32) entre os idosos que referiram baixo escore e 5,9 (IC 95%=5,3-6,5) entre os que referiram alto escore. **Discussão:** Os resultados mostram escores baixos em todos os tipos de serviços. Os serviços com alto escore geral de APS apresentam prevalências maiores de práticas preventivas. **Conclusões:** Serviços orientados à APS apresentam-se mais efetivos e oferecem melhores cuidados preventivos recomendados para os idosos.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
 Envelhecimento da População
 Idoso
 Morbidade
 Avaliação de Serviços de Saúde

Abstract

Introduction: The aging population creates a greater demand for health services and becomes a challenge for the health care system. Primary Health Care (PHC) plays a fundamental role in promoting healthy aging and controlling multi-morbidity. **Objective:** To assess the quality of care provided to elderly patients in public PHC in Porto Alegre, Rio Grande do Sul state, Brazil. **Methods:** A cross-sectional population-based study carried out in 2007, with interviews conducted with 212 elderly patients from four types of municipal public services: Primary Health Centers, Family Health Strategy teams, the "Conceição" Hospital Community Health Service (CH/CHS), and the "Murialdo" School Health Center. **Results:** There were significant differences between the centers investigated regarding the following attributes: Access-utilization, Longitudinality, Care coordination and information systems, and Family and community orientation. The CH/CHS showed prevalence of 55.8% ($p < 0.001$) for the overall PHC high score - higher figures in comparison with the other services. The overall score of preventive practices showed a significant association with the services to the overall PHC score, with an average of 3.9 (CI 95%=3.60-4.32) among the elderly who presented low scores and 5.9 (CI 95%=5.3-6.5) among those presenting high scores. **Discussion:** The results show low scores in all types of services. The services with a high overall PHC score present higher preventive practice prevalence. **Conclusions:** PHC-oriented services are more effective and offer greater quality of preventive care recommended for the elderly.

Keywords:

Primary Health Care
 Demographic Aging
 Aged
 Morbidity
 Health Services Evaluation

Fonte de financiamento:

FAPERGS, CNPq e CAPES.

Parecer CEP:

2004367
 (Propeq - UFRGS) aprovado em 13/01/2005.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
 Recebido em: 16/04/2013
 Aprovado em: 23/09/2013

Como citar: Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):264-73. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)826)

Resumen

Introducción: El aumento de la longevidad crea una mayor demanda de servicios de salud y se convierte en un reto para el sistema de atención de salud. La Atención Primaria de Salud (APS) tiene un papel fundamental en la promoción del envejecimiento saludable y en el control de las multimorbidades. **Objetivo:** Evaluar la calidad de los proveedores de servicios públicos de APS en Porto Alegre-RS, Brasil, en la atención a los ancianos. **Métodos:** Estudio transversal de base poblacional, realizado en 2007, que entrevistó a 212 ancianos atendidos en los 4 tipos de servicios públicos de la ciudad: los Centros de Salud de Atención Primaria, los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia, el Servicio de Salud Comunitaria del Grupo Hospitalario Conceição (SSC/GHC) y el Centro de Salud Escuela Murialdo. **Resultados:** Hubo diferencias significativas para los atributos Accesibilidad, Longitudinalidad, Coordinación del cuidado y de los sistemas de información, y Orientación familiar y comunitaria. El SSC/GHC mostró una prevalencia del 55,8% ($p < 0,001$) de la puntuación total máxima de APS, números superiores a los de otros servicios. La puntuación total de las prácticas preventivas mostró una diferencia significativa al comparar los servicios con la puntuación total de la APS, con una media de 3,9 (IC 95%=3,60-4,32) entre los ancianos que presentaron baja puntuación y 5,9 (IC 95%=5,3-6,5) entre los que presentaron puntuación más alta. **Discusión:** Los resultados muestran puntuaciones bajas en todos los tipos de servicios. Los servicios con una alta puntuación total de APS tienen una mayor prevalencia de prácticas preventivas. **Conclusiones:** Servicios orientados a la APS se muestran más eficaces y ofrecen mejores cuidados preventivos para los ancianos.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Envejecimiento de la Población
Anciano
Morbilidad
Evaluación de Servicios de Salud

Introdução

Porto Alegre é a capital brasileira com a maior proporção de idosos, sendo que 15% da população tem hoje mais de 60 anos. O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de fenômenos demográficos e de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, e o aumento da expectativa de vida¹⁻⁴. Com o aumento da longevidade nas últimas décadas, também ocorreu um aumento do número de doenças crônicas, que, nos idosos, tendem a ser múltiplas⁵. Os sistemas de serviços de saúde, que antes lidavam com problemas agudos, hoje precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores de risco, condições crônicas e incapacidades, tendo havido acréscimo na demanda pelos serviços⁶.

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, já que está ativamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas⁷. O cuidado a idosos representa cerca de 40 a 50% da atividade total do médico de família e comunidade (MFC) e mais de 50% das prescrições em APS, sendo 75% destas usadas para tratamento ou prevenção de doenças crônicas de forma contínua⁸. A APS pode ser vista como uma estratégia para fortalecer os sistemas de saúde que visa a aprimorar a efetividade dos serviços e garantir a equidade na sua oferta⁹.

Starfield⁹ sistematizou as características próprias da APS e seus componentes fundamentais e criou uma definição operacional, possibilitando estabelecer o grau de orientação à APS, mediante a presença e a extensão de seus atributos, tanto essenciais como derivados. Os atributos essenciais abordam: a) o papel da APS como a porta de entrada para o sistema de saúde, exceto em situações de emergência (acesso de primeiro contato); b) a manutenção de vínculo pessoal e continuado do paciente com um profissional ou um serviço de saúde (longitudinalidade); c) a capacidade de disponibilizar uma ampla gama de serviços e de resolver problemas (integralidade); e d) o atendimento dos problemas tratados em outros serviços (coordenação). Os atributos derivados abordam a medida com que a APS se concentra na saúde dos indivíduos no contexto da família (orientação familiar), no enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade (orientação comunitária) e nos relacionamentos com pessoas de diferentes grupos e culturas (competência cultural)⁹⁻¹¹. A mesma autora criou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), uma ferramenta que avalia aspectos da estrutura e do processo dos serviços de APS, baseada no conceito dos atributos da APS, por meio da coleta de informações do ponto de vista do usuário, do profissional e do gestor dos serviços^{9,11}.

A natureza longitudinal do cuidado em APS proporciona múltiplas oportunidades para a realização de intervenções que tenham demonstrado sua capacidade para reduzir a morbidade, melhorando a qualidade de vida dos idosos ou evitando morbidades prematuras¹². Ultimamente, tem-se dado maior importância às atividades preventivas e de promoção da saúde, na busca de formas mais efetivas e menos dispendiosas de cuidado e, por consequência, de avaliações de custo e de resultados. Estudos recentes demonstram que a adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir 60% da mortalidade prematura e acrescentar 14 anos à expectativa de vida¹³. Apesar da evidência forte da efetividade das práticas preventivas, o seu uso permanece ainda muito baixo; nos EUA, por exemplo, somente 28% dos fumantes recebem orientações ou tratamento para cessação do tabagismo¹⁴.

No momento do estudo, a Rede Pública de APS em Porto Alegre possuía quatro tipos de serviços distintos: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com modelo tradicional de atendimento, que atendiam 800 mil pessoas; as unidades com equipes

da Estratégia Saúde da Família (ESF), implantadas na cidade desde 1996, que apresentavam cobertura de 15,6% e atendiam mais de 200 mil pessoas; as 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC), instaladas na zona norte da cidade desde a década de 1980, que eram responsáveis por mais de 120 mil pessoas, e as sete unidades do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), que cobriam em torno de 60 mil pessoas, com início da sua implantação em 1974, na zona leste da cidade, tendo sido municipalizadas recentemente. Tanto o SSC-GHC quanto o CSEM são historicamente centros de saúde-escola formadores de recursos humanos para a APS, com residência multiprofissional e de medicina de família e comunidade, com início recente da incorporação de agentes comunitários de saúde (ACS) às suas equipes. Devido à existência de outros modelos de APS em Porto Alegre, anteriores à criação da ESF – que se mantêm atuando concomitantemente – torna-se importante estudar o papel dos diferentes serviços de saúde da cidade.

São poucos os estudos que avaliam o impacto da APS na saúde dos idosos e sua resposta às dificuldades e aos desafios gerados pelo envelhecimento populacional. Frente a essa lacuna, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade dos diferentes serviços públicos provedores de APS em Porto Alegre na prestação do cuidado aos idosos e a sua associação com a realização de práticas preventivas baseadas em evidências.

Métodos

Os dados utilizados neste trabalho foram provenientes do estudo transversal de base populacional 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”, realizado no período de julho de 2006 a agosto de 2007¹⁵.

A amostragem foi feita por conglomerado de serviços, estratificada por distrito de saúde e proporcional à população adscrita a cada serviço. Os domicílios foram selecionados de forma sistemática para cada unidade, tendo-se estudado 50% das unidades de UBS e ESF, e a totalidade das unidades do SSC-GHC e do CSEM. O critério de adscrição dos usuários dos serviços públicos de APS foi utilizado apenas para a seleção dos participantes, avaliando-se os serviços de saúde referidos como de uso preferencial pelos entrevistados.

Os indivíduos que aceitaram livremente participar da pesquisa foram entrevistados em seus domicílios por entrevistadores devidamente treinados. Dentre os 3014 entrevistados no projeto, foram considerados para o presente estudo os indivíduos maiores de 60 anos e residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS.

Foram aplicados o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool-Brasil),¹⁵ um questionário sobre satisfação com serviço de saúde¹⁶, e um conjunto de perguntas estruturadas sobre variáveis socioeconômicas e demográficas, fatores de risco cardiovasculares, uso de medicamentos, processo de atenção (orientações preventivas, vacinação) e avaliação de saúde. Além disso, foram realizadas medidas antropométricas, incluindo peso, altura, circunferência do quadril e da cintura, e pressão arterial. Os dados foram apropriados por meio de digitalização e verificação com o *software Teleform*®.

O instrumento validado PCATool-Brasil mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e de dois atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) da APS, e o grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde¹⁰. Esse instrumento possibilita, por meio de respostas tipo *Likert* (4=com certeza, sim; 3= provavelmente, sim; 2= provavelmente, não; e 1= com certeza, não), construir escores de APS com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, que são posteriormente transformados em uma escala de 0 a 10. O escore final de cada um desses atributos é formado pela média das respostas de seus itens (perguntas). A média dos escores de todos os atributos e seus componentes produz o escore geral de APS. Esse escore permite agrupar os serviços de saúde em alto grau de orientação à APS quando assume valores maiores ou iguais a 6,7 e, em baixo grau, quando assume valores menores de 6,7¹⁰.

O escore de práticas preventivas foi construído com o objetivo de ser uma medida-resumo das atividades preventivas que devem ser realizadas em idosos. A prevalência das práticas preventivas pertinentes a cada subgrupo foi obtida por respostas dicotômicas (0=ausência e 1=presença). A partir dessas variáveis, obteve-se o escore médio das práticas preventivas realizadas em cada subgrupo, posteriormente transformadas para que o escore assumisse valores de 0 a 10. Esse escore foi utilizado para comparar a qualidade do cuidado prestado aos idosos entre os serviços com alto e baixo escore de APS.

Os escores médios de cada atributo da APS por tipo de serviço foram estimados pela metodologia de modelo misto, que permite considerar a estrutura da amostra, na qual as unidades de saúde estão aninhadas ao tipo de serviço¹⁷. Nesse modelo,

o tipo de serviço de APS, que representa as categorias sobre as quais se deseja fazer inferência, foi considerado como efeito fixo e as unidades de saúde, que constituem uma amostra das unidades de saúde estudadas, foram consideradas como efeito aleatório. Dessa maneira, as estimativas para o tipo de serviço contemplam a variabilidade dentro das unidades de saúde e também entre essas unidades. Além disso, ao contemplar efeitos aleatórios, é possível inferir os resultados para a população¹⁸.

No caso da suposição de dados com distribuição normal não satisfeita (coordenação - sistema de informação e orientação familiar), optou-se pela classe de 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 aleatórios¹⁹. Para a comparação dos escores médios de APS entre os quatro serviços avaliados, foi utilizado o teste de comparação múltipla de *Tukey*. Essas análises foram realizadas no *software* SAS 9.1, utilizando-se os procedimentos *Mixed* e *Glimmix*²⁰.

Na comparação de médias, utilizou-se o teste *t de Student* para amostras independentes. No caso da comparação entre proporções, foi utilizado o teste de comparação para proporções associado à estatística χ^2 . Essas análises foram realizadas no pacote estatístico STATA 9.0, levando-se em consideração a estratégia de amostragem (*clusters*) através do método de linearização de *Taylor*²¹. Dessa maneira, puderam-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 desse estudo foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do Hospital de Clínicas Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, da Escola de Saúde Pública-RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, tendo sido aprovado por todos. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foi mantida a confidencialidade dos dados coletados. Maiores detalhes sobre a metodologia do estudo inicial podem ser consultados na publicação de seu protocolo de pesquisa, intitulado “*Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil*”¹⁵.

Resultados

Dentre os 3014 usuários entrevistados no estudo inicial, foram identificados 212 idosos (Figura 1), distribuídos entre os serviços públicos de APS da seguinte maneira: 62 nas UBS, 75 nas equipes da ESF, 32 nos postos do CSEM e 43 nas unidades do SSC-GHC. Houve um predomínio de mulheres (59,9%), da cor branca (67,9%), com companheiro (60,38%) e das classes sociais C, D e E (74,5%). Com relação ao estado de saúde, a prevalência de hipertensão arterial foi maior em UBS (74,2%) e a prevalência de diabéticos foi de 25% e 30,2% no CSEM e no SSC-GHC, respectivamente (Tabela 1).

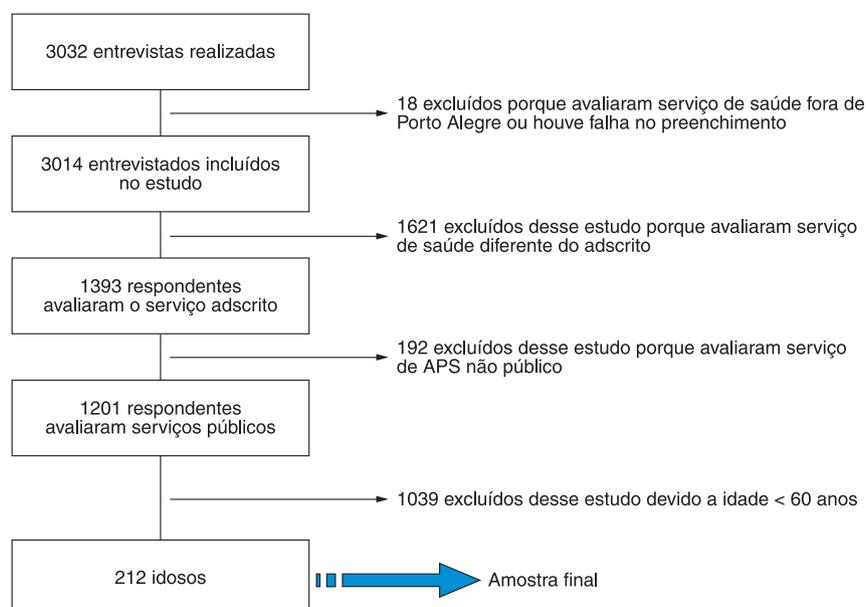


Figura 1. Descrição do processo de amostragem do estudo. Porto Alegre, 2007.

Tabela 1. Características da população maior de 60 anos usuária dos serviços de APS, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Total	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM)	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC)
	[Média (DP)/% (n)]	[Média (DP)/% (n)]	[Média (DP)/% (n)]	[Média (DP)/% (n)]	[Média (DP)/% (n)]
	n=212	n=62	n=75	n=32	n=43
Idade (anos)	68,24 (7,25)	68,74 (7,89)	67,85 (6,75)	66,84 (6,48)	69,23 (7,69)
Sexo					
Masculino	40,09 (85)	48,39 (30)	41,33 (31)	37,50 (12)	27,91 (12)
Feminino	59,91 (127)	51,61 (32)	58,67 (44)	62,50 (20)	72,09 (31)
Escolaridade (anos)	5,04 (3,70)	5,45 (3,74)	4,22 (3,56)	5,59 (4,06)	5,48 (3,46)
Renda Familiar (reais)	1466,50 (1246,03)	1535,29 (949,60)	1589,23 (1633,97)	1175,56 (891,24)	1372 (1045,59)
Renda <i>per capita</i> (reais)	541,84 (427,85)	602,77 (406,03)	564,04 (483,44)	502,24 (451,20)	444,38 (316,21)
Cor da pele					
Brancos	67,92 (100)	74,19 (46)	57,33 (43)	62,50 (20)	81,40 (35)
Não brancos	32,08 (68)	25,81 (16)	42,67 (32)	37,50 (12)	18,60 (8)
Classe social					
AB	54 (25,47)	27,42 (17)	22,67 (17)	31,25 (10)	23,26 (10)
CDE	74,53 (158)	72,58 (45)	77,33 (58)	68,75 (22)	76,74 (33)
Estado marital					
sem companheiro	39,62 (84)	45,16 (28)	36,00 (27)	37,50 (12)	39,53 (17)
com companheiro	60,38 (128)	54,84 (34)	64,00 (48)	62,50 (20)	60,47 (26)
Sedentarismo	35,55 (75)	37,10 (23)	41,33 (31)	15,63 (5)	38,10 (16)
DM	20,75 (44)	16,13 (10)	17,33 (13)	25,00 (8)	30,23 (13)
HAS	72,64(154)	74,19 (46)	72,00 (54)	71,88 (23)	72,09 (31)
Outras doenças crônicas	79,72 (169)	74,19 (46)	79,73 (59)	96,77 (30)	80,95 (34)
Obesidade	32,38 (68)	27,87 (17)	32,00 (24)	41,94 (13)	32,56 (14)
Tabagismo	18,1 (38)	18,03 (11)	22,97 (17)	21,88 (7)	6,97 (3)
Hospitalizações nos últimos 12 meses	11,32 (24)	8,06 (5)	10,67 (8)	15,63 (5)	13,95 (6)
Saúde autorreferida					
boa, muito boa	66,98 (142)	66,13 (41)	69,33 (52)	71,88 (23)	60,47 (26)
regular, ruim, muito ruim	33,02 (70)	33,87 (21)	30,67 (23)	28,13 (9)	39,53 (17)
Vínculo com o serviço					
≤2 anos	20,87 (43)	22,95 (14)	31,08 (23)	13,30 (4)	4,87 (2)
>2anos	79,13 (163)	77,05 (47)	68,92 (51)	86,67 (26)	95,12 (39)
Consultas nos últimos 12 meses					
<2	26,54 (56)	30,65 (19)	21,62 (16)	37,50 (12)	20,93 (9)
≥2	73,46 (155)	69,35 (43)	78,38 (58)	62,50 (20)	79,07 (34)
Ter médico de referência	34,40 (73)	30,60 (19)	36,50 (27)	9,40 (3)	55,80 (24)

A presença de duas ou mais doenças crônicas chegou a 96,8% no CSEM. Já o estado de saúde autorreferido como bom ou muito bom foi de 69,3% na ESF e 71,9% no CSEM. Na ESF e no CSEM, 22,07% e 21,88% dos entrevistados, respectivamente, referiram ser tabagistas. O vínculo com o serviço foi maior no SSC-GHC, em que 95,1% dos entrevistados referiram ser atendidos havia mais de dois anos nesse serviço. No SSC-GHC, 55,8% referiram ter um médico de referência. Em relação a ter se consultado nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, a população atendida no SSC-GHC foi maior (79,7%), seguida da população atendida na ESF (78,3%) (Tabela 1).

A comparação do grau de orientação da APS entre os idosos dos diferentes serviços de APS foi significativa para os seguintes atributos: acesso-utilização, longitudinalidade, coordenação do cuidado, coordenação dos sistemas de informações, orientação familiar e orientação comunitária. O mesmo ocorreu para os escores essencial e geral, sendo o SSC-GHC superior aos demais, em comparação com a unidade de referência (UBS) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos escores médios dos atributos e frequência do alto escore de APS entre os serviços de APS, Porto Alegre, 2007.

Atributos da APS	Escore Médio dos atributos da APS entre os serviços [#]				valor-p*
	Unidade Básica de Saúde (UBS)	Estratégia Saúde da Família (ESF)	Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM)	Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC)	
	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	
	n=62	n=75	n=32	n=43	
Acessibilidade	4,10 (3,40-4,70)	3,50 (3,00-4,10)	3,30 (2,30-4,30)	3,70 (2,90-4,50)	0,500
Acesso - utilização	8,50 (8,10-8,90)	9,00 (8,60-9,30)	9,50 (8,90-10,00)[§]	9,60 (9,10-10,00)[§]	0,005
Longitudinalidade	6,20 (5,60-6,80)	7,10 (6,50-7,60)	6,20 (5,30-7,10)	7,80 (7,10-8,50)[§]	0,001
Coordenação do cuidado	3,20 (2,30-4,20)	6,00 (5,10-6,90)[§]	4,40 (2,90-5,90)	6,50 (5,30-7,60)[§]	<0,001
Coordenação - sistema de informações	5,60 (5,20-6,00)	6,30 (5,80-6,80)	5,10 (5,40-6,60)	6,97 (6,30-7,60)[§]	0,005
Integralidade - serviços disponíveis	5,50 (5,00-6,10)	4,80 (4,30-5,30)	5,60 (4,70-6,50)	6,10 (5,40-6,80)^z	0,030
Integralidade - serviços prestados	3,30 (2,50-4,10)	3,50 (2,80-4,20)	3,50 (2,30-4,60)	4,50 (3,60-5,40)	0,120
Orientação familiar	3,30 (2,40-4,20)	3,90 (3,10-4,70)	4,70 (3,40-5,20)	6,10 (5,10-7,20)^z	<0,001
Orientação comunitária	2,30 (1,40-3,30)	5,90 (5,10-6,70)[§]	4,70 (3,30-6,00)[§]	7,20 (6,10-8,30)[§]	<0,001
Escore Essencial	5,50 (5,10-5,90)	5,90 (5,50-6,20)	5,70 (5,10-6,20)	6,70 (6,30-7,20)^z	<0,001
Escore Geral	5,00 (4,62-5,46)	5,70 (5,30-6,00)	5,40 (4,80-6,10)	6,70 (6,20-7,20)^z	<0,001

Atributos da APS	Frequência de Alto Escore da APS nos serviços				valor-p
	n=62	n=75	n=32	n=43	
	[%] (n)	[%] (n)	[%] (n)	[%] (n)	
Escore Essencial	20,97 (13)	32,00 (24)	25,00 (8)	55,81 (24)	<0,001**
Escore Geral	19,35 (12)	26,67 (20)	21,88 (7)	55,81 (24)	<0,001**

[#]Os escores assumem valores entre 0 e 10; alto grau de orientação à APS, quando escore $\geq 6,7$. *Significância associada ao teste de comparação de médias pela Análise de Variância (ANOVA): valor-p<0,05. [§]Significância pelo teste de Tukey; em comparação à UBS: valor-p<0,05. ^zSignificância pelo teste de Tukey; em comparação à ESF: valor-p<0,05. [§]Significância pelo teste de Tukey; em comparação ao CSEM: valor-p<0,05. **Significância associada ao teste de comparação de proporções utilizando a estatística χ^2 : valor-p<0,05.

O SSC-GHC também apresentou diferença para integralidade – serviços disponíveis e orientação familiar – em relação à ESF, para orientação comunitária em comparação com o CSEM, para o escore essencial em relação à ESF e ao CSEM, e no escore geral também em relação à ESF e ao CSEM. O escore geral da APS também foi significativamente diferente entre os três serviços avaliados, sendo o serviço base de comparação, a UBS (Tabela 2). Na Tabela 2, na qual também é apresentada a frequência de alto escore entre estes serviços, o SSC-GHC apresentou uma prevalência de 55,8% de alto escore essencial e 55,8% de alto escore geral, números superiores aos demais serviços em relação à presença dos atributos da APS.

Em referência ao processo de atenção e à qualidade do cuidado dos idosos, a Tabela 3 apresenta diferenças entre aqueles atendidos em serviços com alto e baixo grau de orientação à APS. São significativas e superiores naqueles atendidos em serviços com alto escore as orientações de atividade física, dieta saudável e higiene bucal, para a população geral; orientação para cuidado dos pés, encaminhamento para dentista e uso de metformina, para os pacientes portadores de diabetes; solicitação de exame de urina e perfil lipídico, e medida da altura para os pacientes portadores de mais de uma doença crônica. Além disso, a medida de satisfação com a última consulta também foi melhor nos serviços com alto escore. As demais medidas de resultado não mostraram diferenças significativas. O escore geral das práticas preventivas mostrou uma diferença significativa entre os serviços avaliados, com média de 3,9 entre os idosos que referiram baixo Escore Geral de APS, e de 5,9 entre os que referiram utilizar serviços com alto Escore Geral de APS (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores da qualidade do cuidado de idosos em relação ao escore geral de APS, Porto Alegre, 2007.

Práticas preventivas	n=212	Baixo Escore Geral de	Alto Escore Geral de	valor-p
		APS n=159 [%] (n)	APS n=53 [%] (n)	
Medidas de processo				
Orientação para cessar o hábito de fumar	41	50,00 (32)	66,70 (9)	0,270
Orientação para diminuir ou parar de beber	73	7,40 (56)	21,00 (17)	0,130
Orientação para realização de exercícios	208	34,00 (157)	55,70 (51)	0,004*
Orientação de dieta saudável	208	49,00 (157)	78,70 (51)	<0,001*
Orientação sobre higiene bucal	207	10,20 (157)	58,30 (50)	<0,001*
Pressão arterial aferida no último ano	208	75,50 (157)	86,70 (51)	0,050
Realização de vacina contra influenza	208	59,20 (157)	70,50 (51)	0,180
Encaminhamento para oftalmologista no último ano	43	23,10 (28)	47,10 (15)	0,100
Encaminhamento para dentista no último ano	44	3,70 (29)	29,40 (15)	0,020*
Exame dos pés realizado no último ano	44	7,40 (29)	41,20 (15)	0,020*
Orientação para cuidado dos pés	44	29,60 (29)	58,80 (15)	0,010*
Participa de grupo de educação para diabéticos	44	14,80 (29)	23,50 (15)	0,440
Uso de metformina	151	11,40 (114)	27,00 (37)	0,006*
Participação grupo de educação para hipertensos	117	11,40 (84)	21,00 (33)	0,250
Uso de tiazídicos	151	53,40 (114)	53,10 (37)	0,970
Pressão arterial aferida na última consulta	132	85,30 (95)	95,40 (37)	0,100
Solicitação de exame de urina no último ano	132	48,90 (95)	77,30 (37)	0,003*
Solicitação de perfil lipídico no último ano	132	63,60 (95)	84,10 (37)	0,020*
Altura medida em alguma consulta	132	37,00 (95)	70,40 (37)	<0,001*
Peso aferido na última consulta	132	54,50 (95)	81,80 (37)	0,010*
Uso de AAS	151	25,40 (114)	32,40 (37)	0,490
Medidas de resultado				
Grau de satisfação	212	77,90 (159)	98,20 (53)	<0,010*
Controle pressórico	212	49,00 (159)	44,40 (53)	0,510
Controle hemoglobina glicosilada	38	47,60 (23)	29,40 (15)	0,220
Escore de práticas preventivas[#]		Baixo Escore Geral de	Alto Escore Geral de	valor-p
		APS Média (IC 95%)	APS Média (IC 95%)	
		3,90 (3,60-4,32)	5,90 (5,30-6,50)	<0,001**

*Significância associada ao teste de comparação de proporções utilizando a estatística χ^2 : valor-p < 0,05. **Significância pelo teste t para duas amostras independentes.

[#]Assume valores entre 0 e 10. Para todos os grupos, foram consideradas: orientação para realização de exercícios, dieta saudável, higiene bucal, pressão arterial aferida no último ano e realização de vacina contra influenza; Fumantes: orientação para cessar tabagismo; Usuários de álcool: orientação para cessar ou diminuir o hábito de beber; Diabéticos: encaminhamento para oftalmologista, encaminhamento para dentista, exame dos pés, orientação para cuidado dos pés, participação em grupo e uso de metformina; Hipertensos: participação em grupo e uso de tiazídicos; Hipertensos e diabéticos: pressão arterial aferida na última consulta, solicitação de exame comum de urina, solicitação de perfil lipídico, medida da altura e medida do peso; Indivíduos com doença cardiovascular: uso de AAS.

Discussão

O grau de orientação à APS dos diferentes tipos de serviços da rede pública de APS de Porto Alegre, medido por meio da experiência dos idosos usuários desses serviços, revelou-se muito baixo. Já a associação entre o grau de orientação à APS dos serviços públicos de APS de Porto Alegre e a qualidade do cuidado a idosos mostrou que os serviços com alto escore de APS estão relacionados com a presença maior de práticas preventivas baseadas em evidências recomendadas a essa parcela da população.

A maior prevalência de consultas nos últimos 12 meses nos serviços da ESF e SSC-GHC demonstra que esses são serviços acessíveis à população sob sua responsabilidade. Todos os serviços apresentaram alto escore do atributo acesso-utilização e escores abaixo do ponto de corte de 6,7 para acessibilidade. A UBS, apesar de ser acessível, possui escores muito baixos em relação à coordenação e à integralidade, além de sua baixa orientação comunitária. O atributo coordenação do cuidado atingiu um baixo grau, ou seja, abaixo do limite para atingir o alto escore 6,7 em todos os serviços avaliados, mas ainda é melhor na ESF e no SSC-GHC. O vínculo da comunidade com seu serviço de referência é maior no SSC-GHC. A medida

da longitudinalidade, característica necessária para o atendimento das condições crônicas presentes nessa população, atinge alto grau apenas na ESF e no SSC-GHC. Esses dois serviços conseguem atender e satisfazer os pacientes com condições crônicas, que não necessitam procurar outros serviços quando surgem demandas geradas por essas condições. No SSC-GHC, também é maior a proporção de usuários que referiram ter um médico de referência.

Em resumo, os escores de APS que determinam o grau de orientação à APS alcançado pelos serviços são maiores no SSC-GHC em relação à UBS e aos demais; porém, mostram-se extremamente baixos em todos os serviços. Somente o SSC-GHC atinge alto escore essencial e geral de APS. O tempo de implantação maior do SSC-GHC, assim como o conhecimento sobre o serviço prestado ao longo do tempo e o sistema informatizado, podem ser fatores predisponentes ao acesso, ao vínculo maior dessas equipes com os usuários e aos melhores escores encontrados nesse serviço.

As práticas preventivas apresentaram prevalências significativamente maiores entre os usuários dos serviços de alto escore de APS, entre as quais: orientações para prática de exercícios, dieta saudável, higiene bucal, referência para dentista, orientação sobre cuidados e exame anual dos pés, uso de metformina, solicitação de exame de urina e perfil lipídico, assim como medida do peso na última consulta e altura em alguma consulta. Os idosos usuários de serviços de APS com alto escore recebem melhores cuidados preventivos, como intervenções para promover estilo de vida saudável, cuidados em saúde bucal e rastreamento de obesidade e de complicações de doenças crônicas.

Apesar de não serem significativas, houve diferenças marcantes entre os escores de APS em favor do alto escore para rastreamento de hipertensão arterial e retinopatia diabética, uso de ácido acetilsalicílico (AAS) profilático, vacinação contra *influenza* sazonal e orientações para cessação de tabagismo e cessação ou diminuição do hábito de beber. O escore de práticas preventivas é também maior nesses serviços, mostrando que o cuidado de idosos nos serviços com alto escore de APS envolve detecção de fatores de riscos, intervenções com intuito de mudar positivamente comportamentos e controle de multimorbidades.

A natureza longitudinal do cuidado em APS proporciona múltiplas oportunidades para se realizarem intervenções preventivas e cuidado de condições crônicas. O potencial da APS no atendimento de idosos, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos é ainda pouco explorado, assim como a sua influência nos determinantes de saúde e no processo de adoecimento e dos seus efeitos na saúde da população em longo prazo. O *Primary Care Medical Home* (PCMH), o novo modelo de APS dos Estados Unidos, que pretende expandir o acesso e prover APS de qualidade, está positivamente associado a receber mais serviços preventivos e estar com cuidados preventivos em dia²³. Os princípios do PCMH facilitam o cuidado mais oportuno, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado e já demonstraram prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas e reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou a serviços de pronto atendimento^{22,23}.

Piccini et al.²⁴ avaliaram serviços do sul e do nordeste do país quanto à provisão de APS para idosos, comparando atividades realizadas em equipes de ESF e UBS, e encontraram maior envolvimento das equipes de saúde no cuidado aos idosos e maior utilização desses serviços, medidos por meio de número de consultas, acesso a medicamentos, participação em grupos de idosos com doenças crônicas e atendimento domiciliar, nas áreas cobertas pela ESF, em comparação com a UBS²⁴⁻²⁷.

Os escores da APS, apesar de muito baixos, são maiores para idosos em relação aos alcançados quando se estudaram os adultos maiores de 18 anos de Porto Alegre. Os serviços de APS da cidade, ainda que não possam ser considerados provedores de uma APS de qualidade, estão lidando com a presença de maiores necessidades em saúde para a parcela da população idosa, o que demonstra o papel da APS como estratégia para alcançar equidade em saúde^{9,28}. Em Curitiba, cujo sistema de saúde tem forte orientação à APS desde a década de 1970, uma avaliação feita com profissionais da saúde mostrou escores maiores que os encontrados para adultos e idosos em Porto Alegre, especialmente na ESF²⁹. Porém, em São Paulo, estudo que avaliou UBS e ESF, os escores produzidos pela avaliação de gestores e profissionais foram sempre melhores que os escores baseados na percepção dos usuários³⁰.

O desenho de natureza transversal e a amostra pequena são limitações deste estudo, mas também podem ser explicações para a significância pequena das diferenças encontradas entre os serviços. Esperar-se-ia que essas diferenças fossem maiores se fosse estudada uma amostra maior da população idosa atendida nos serviços provedores de APS da cidade. Além da temporalidade, inerente ao desenho do estudo, avaliou-se a atitude do profissional referida pelos pacientes, uma medida de processo. Não foi avaliada a adesão dos pacientes às orientações e recomendações como uma medida da efetividade das intervenções, nem a modificação de desfechos.

As informações foram coletadas de acordo com o recordatório dos pacientes, sendo que o viés de memória, a idade avançada e a presença de multimorbidades também podem ser limitações neste estudo. A essas limitações, se somam as dificuldades para se avaliarem as atividades preventivas, cuja efetividade deve ser valorizada, principalmente em longo prazo⁵. O escore de práticas preventivas foi construído para sintetizar as informações, mas não é uma escala validada, e pode também ser uma limitação. Não foi avaliado o tempo de implantação de cada tipo de serviço e de cada equipe, nem se avaliou a presença de apoio social, dois fatores que podem influenciar tanto na utilização dos serviços como na qualidade do cuidado aos idosos.

Apesar de as mudanças de comportamentos serem influenciadas por múltiplos fatores, há evidências relativas de que as recomendações dadas pelos médicos têm forte influência nessas mudanças. No entanto, não há dúvidas de que a modificação do estilo de vida, por meio da combinação da diminuição do consumo de álcool, da cessação do tabagismo, da prática regular de exercícios e da manutenção de uma dieta saudável, leve a uma redução da morbimortalidade^{5,13}.

Em Porto Alegre, devido a sua especificidade e suas variadas formas de prover APS, é necessário investigar o efeito que os serviços com alto escore de APS produzem na morbimortalidade da população idosa da cidade. Pode-se também mensurar a magnitude da efetiva incorporação, à prática clínica da APS, de medidas preventivas custo-efetivas e equilibradas à prevenção oportuna.

É incompreensível que a cidade-berço da medicina de família e comunidade no país, que possui três residências na área e um serviço diferenciado na cidade para se espelhar – o SSC-GHC – apresente baixa cobertura da ESF, tenha cerca de 30% de suas equipes permanentemente sem médicos e pobre vínculo com as comunidades, esteja investindo em Unidades de Pronto-atendimento (UPA) em vez de núcleos de apoio à saúde da família (NASF) e siga utilizando o modelo tradicional, o serviço com pior grau de orientação à APS. Isso se reflete em serviços de saúde que não atingem escores adequados para proporcionar à população serviços de qualidade e que não conseguem prestar adequadamente um cuidado preventivo comprovadamente eficaz.

Conclusões

Ao possuírem características fundamentais e orientadas à APS, os serviços de saúde apresentam-se mais efetivos e oferecem melhores cuidados preventivos recomendados para os idosos. Essas atividades estão principalmente relacionadas à prevenção de doenças, como hipertensão e diabetes, condições crônicas prevalentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares, incapacidades e mortes prematuras. O sistema de saúde precisa ser remodelado para enfrentar os desafios da multimorbidade e do processo de envelhecimento. Para isso, é preciso superar o sistema fragmentado ainda vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) e explorar o potencial da APS na gestão do cuidado dos idosos e na organização das redes de atenção.

A flexibilização da ESF, o retrocesso na conversão da rede de APS e o fortalecimento das UPAs como porta de entrada do sistema, bem como a não incorporação de inovações e de modelos de atenção comprovadamente efetivos, são os principais obstáculos a serem enfrentados atualmente na tentativa de prover uma APS forte, integral e de qualidade. Pacientes idosos e suas famílias apresentam necessidades diferentes, que não são adequadamente satisfeitas por uma organização e uma cultura marcadas pelo atendimento equivocadamente centrado nas condições agudas e nos serviços de emergência.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 19.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 725-33 PMID:12806475. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. [homepage na internet]. [acesso em 29 nov 2010]. Disponível em: www.ibge.com.br
5. Haggerty J, Fortin M, Beaulieu M, Hudon C, Loignon C, Prévaille M, et al. At the interface of community and healthcare systems: a longitudinal cohort study on evolving health and the impact of primary healthcare from the patient's perspective. *BMC Health Services Research* 2010;10:258. PMID:20815880 PMCID:PMC2940881. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-258>

6. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
7. Wagner EH. Chronic Disease Management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2-4. PMID:10345255.
8. Lopéz MIV, Morata JLG, Jiménez MM, López MMV, Cavanillas AB. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 a-os. *Aten Primária* 2007; 39(10): 525-34. <http://dx.doi.org/10.1157/13110730>
9. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Berra S, Rocha KB, Rodriguez-Sanz M, Paserin MI, Rajmil L, Borell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 11(285). PMID:21554717 PMCid:PMC3103459.
12. Zurro AM, Perez JFC. Atención Primaria. 6. ed. Madrid: S.A. Elsevier Espa-a; 2008.
13. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Balague L, Calderon C, Arrazola A, et al. Is integration of healthy lifestyle promotion into primary care feasible? Discussion and consensus sessions between clinicians and researchers. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(213): 1-12.
14. Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty. 2010.
15. Harzheim E, Duncan BD, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 156. PMID:17147819 PMCid:PMC1790713. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
16. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Santos RN, Campos VGC. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(3): 623-8 PMID:9761617. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>
17. Demidenko E. Mixed Models Theory and Applications. New Jersey: John Wiley e Sons, Inc.; Hobokcn; 2004.
18. Riboldi J. Modelos Mistos Aplicados; 52º Reunião Anual da Região Brasileira da Sociedade Internacional de Biometria; 12º Simpósio de Estatística Aplicada à Experimentação Agrônômica; 2007, Santa Maria. 2007.
19. Brown H, Prescott R. Applied Mixed Models in Medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley e Sons ed. 2006.
20. Littell RC, Milliken GA, Stroup WW, Wolfinger RD, Schanbenberger O. SAS for Mixed Models. Second ed. Cary: SAS Institute Inc; 2006. PMCid:PMC1569811
21. The GLIMMIX Procedure. SAS/STAT 9.1 User's Guide. 2011.
22. Ferrante JM, Balasubramanian BA, Hudson SV, Crabtree BF. Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. *Ann Fam Med.* 2010; 8: 108-16. PMID:20212297 PMCid:PMC2834717. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1080>
23. Pandhi N, DeVoe JE, Schumacher JR, Bartels C, Thorpe CT, Thorpe JM, et al. Preventive service gains from first contact access in the primary care home. *J Am Board Fam Med.* 2011; 24(4): 351-9. PMID:21737759 PMCid:PMC3137250.
24. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 657-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
25. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 Feb; 24(2): 267-80. PMID:18278273. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>
26. Rodrigues PAM, Facchini LA, Piccinni RX, Tamasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas. *Lancet.* 2009; 43(4): 604-12.
27. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Home Health care for the elderly: associated factors and characteristics of access and health care. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(6): 1-9.
28. Oliveira MMC. 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.
29. Chomatas E. Avaliação da presença e extensão os atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
30. Elias PE, Ferreira CW, Cohn A, Kishima V, Escrivão A Jr, Gomes A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 633-641. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>

Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos

Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults

Validación del instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud: PCATool-Brasil adultos

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br (Autor correspondente)
 Mônica Maria Celestina de Oliveira. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. olivmonica@gmail.com
 Milena Rodrigues Agostinho. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. milena.rodrigues.agostinho@gmail.com
 Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com
 Airton Tetelbom Stein. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil. airton.stein@gmail.com
 Marcelo Rodrigues Gonçalves. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. marcelorog@gmail.com
 Thiago Gomes da Trindade. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil. thiagogtrindade@gmail.com
 Silvina Berra. Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Córdoba, Argentina. silvinaberra@gmail.com
 Bruce Bartholow Duncan. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. bbduncan@ufrgs.br
 Barbara Starfield. Department of Health Policy and Management. John Hopkins University – *In memoriam*.

Resumo

Objetivo: traduzir e adaptar o PCATool versão usuários adultos ao contexto brasileiro e avaliar sua validade e fidedignidade. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal no qual foram entrevistados 2.404 usuários adultos residentes nas áreas adscritas da rede pública dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre e usuários vinculados a um plano de autogestão. O processo de validação constituiu-se de tradução e tradução reversa, adaptação, validade de conteúdo, validade fatorial e fidedignidade. **Resultados:** Na análise fatorial, foram considerados 12 fatores que explicaram 50,83% da variação total. Assim, foram reconhecidos os seguintes atributos da APS: acesso - acessibilidade e utilização, longitudinalidade, coordenação - coordenação do cuidado e sistemas de informação, integralidade - serviços disponíveis e serviços prestados, enfoque familiar e orientação comunitária. Para a consistência interna, foi obtido alfa de Cronbach variando de 0,15 a 0,90. A estabilidade temporal não foi verificada para coordenação do cuidado ($p < 0,05$), coordenação de sistema de informação ($p < 0,05$) e integralidade de serviços prestados ($p < 0,05$). Na razão êxito da escala, todos os componentes/atributos apresentaram valores próximos de 100%, à exceção do componente sistema de informação. **Conclusões:** os resultados indicaram que o PCATool-Brasil possui adequada validade e fidedignidade, podendo constituir-se em instrumento nacional de avaliação da APS para usuários adultos.

Palavras-chave:

Validação
 Atenção Primária à Saúde
 Pesquisa sobre Serviços de Saúde

Abstract

Objective: to translate and adapt the PCATool version for adult users to the Brazilian context and assess its validity and reliability. **Methods:** We conducted a cross-sectional study of 2404 adult users living in areas covered from public services Primary Care in Porto Alegre, and users of a self-management plan. We performed translation, reverse translation and adaptation of the instrument as well as its assessment in respect of content validity, factorial validity and reliability. **Results:** In the factor analysis were considered 12 factors that explained 50.83% of the total variation. In this way were recognized the attributes of Primary Care: access - accessibility and utilization; longitudinality; coordination - coordination of care and systems of information; comprehensiveness - services available and services provided; family orientation; and community orientation. In terms of internal consistency the values of Cronbach's alpha ranged from 0.15 to 0.90. The stability over time was not observed for coordination of care ($p < 0.05$), coordination information of system ($p < 0.05$) and comprehensiveness of services provided ($p < 0.05$). The scaling success rate was close to 100% for all attributes, except to coordination of information system. **Conclusions:** the results indicated that the PCATool-Brazil has adequate validity and reliability, and it can act as a national instrument for the assessment of Primary Care from the perspective of adult users.

Keywords:

Validation
 Primary Health Care
 Health Services Research

Fonte de financiamento:

FAPERGS, CNPq e CAPES.

Parecer CEP:

2004367
 (Propeq - UFRGS) aprovado em 13/1/2005.

Conflito de interesses:

declaram não haver.
 Recebido em: 03/04/2013
 Aprovado em: 04/10/2013

Como citar: Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):274-84. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)829)

Resumen

Objetivo: traducir y adaptar el PCATool versión usuarios adultos al contexto brasileño y evaluar su validez y fiabilidad. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en el cual se encuestaron a 2404 usuarios adultos residentes en áreas adscritas a la red pública de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en Porto Alegre y a otros usuarios vinculados a un seguro de salud de auto-gestión. El proceso de validación consistió en traducción y traducción reversa, adaptación, validez de contenido, validez factorial y fiabilidad. **Resultados:** En el análisis factorial se consideraron 12 factores que explicaron 50,83% de la variación total. Así, se reconocieron los siguientes atributos de la APS: acceso - accesibilidad y utilización, longitudinalidad, coordinación - coordinación del cuidado y sistemas de información, integralidad - servicios disponibles y servicios prestados, enfoque familiar y orientación comunitaria. Para la consistencia interna se obtuvo un alfa de Cronbach oscilando entre 0,15 y 0,90. La estabilidad temporal no se verificó para la coordinación del cuidado ($p < 0,05$), la coordinación del sistema de información ($p < 0,05$) y la integralidad de servicios prestados ($p < 0,05$). En la razón de éxito de la escala todos los componentes/atributos presentaron valores próximos al 100%, con excepción del componente sistema de información. **Conclusiones:** los resultados indicaron que el PCATool-Brasil tiene una adecuada validez y fiabilidad, pudiendo constituirse en herramienta nacional para la evaluación de la APS en usuarios adultos.

Palabras clave:

Validación
Atención Primaria de Salud
Investigación sobre Servicios de Salud

Introdução

Em busca da construção de um sistema nacional de saúde e do fortalecimento dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde brasileiro baseou-se em experiências prévias nacionais e de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde priorizando o acesso universal com cuidado continuado, integral e coordenado, junto às comunidades e seu contexto social, ou seja, desenvolveram sistemas com forte orientação para a Atenção Primária à Saúde (APS). No Brasil, o alicerce da mudança assistencial iniciou na década de 70, com experiências isoladas em Niterói, Porto Alegre e outros locais, e foi consolidar-se apenas em meados dos anos 90, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde¹ em 1991 e, posteriormente, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF)². Essa estratégia foi adotada como modelo de expansão e reorganização da APS e vem crescendo em número de equipes e cobertura populacional.

Starfield³ conceituou a APS por meio de seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência) e derivados (atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais). Esta operacionalização do conceito permite identificar o grau de orientação à APS, que propicia a comparabilidade entre sistemas ou tipos de serviços, além da associação entre a presença dos atributos e a efetividade da atenção, tanto em nível individual, quanto populacional. Nesse sentido, Starfield et al.^{4,5} criaram e validaram um instrumento nos Estados Unidos da América, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) que mede a presença e a extensão dos atributos da APS para usuários adultos e para crianças. No Brasil, em 2006, foi realizada a primeira validação do PCATool versão usuários crianças^{6,7}. Outras iniciativas de validação ou uso desse instrumento vêm sendo realizadas em diversos países, como Taiwan^{8,9}, Hong Kong¹⁰, Canadá^{11,12} e Espanha¹³.

Num momento de forte expansão da APS nas Américas e, particularmente, no Brasil, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde. Associado a este fato, as mudanças no padrão de morbimortalidade nos países em desenvolvimento, com a diminuição acentuada das doenças infectoparasitárias e a forte escalada das doenças crônicas não transmissíveis e de causas externas^{14,15}, têm imposto novos desafios à organização dos serviços de saúde, com a APS ocupando o centro de comunicação de redes integradas de serviços de saúde¹⁶.

No Brasil, foram realizados diversos estudos de avaliação da ESF comparando-a ao modelo tradicional ainda vigente em nosso país^{17,18}. Entretanto, a falta de uniformidade conceitual utilizada nas diversas definições de APS e a grande variabilidade metodológica desses e de outros estudos, não nos permite estabelecer uma visão homogênea do processo de reorganização dos serviços de APS. Devido à necessidade de evoluir na produção de métodos rigorosos de avaliação da APS, o objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar o PCATool versão usuários adultos ao contexto brasileiro, assim como avaliar sua validade e fidedignidade.

Métodos

O PCATool

Esse instrumento¹⁹ é embasado no marco teórico da APS e foi desenvolvido com o objetivo de medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS³ além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. Originalmente, o instrumento versão usuários adultos contém 92 itens divididos entre sete atributos da APS com escala Likert variando de '1 = com certeza não' a '4 = com certeza sim'. A partir da média das respostas dos itens que constituem o atributo, é possível obter-se um escore para cada atributo e também o Escore Essencial e o Escore Geral de APS.

O Escore Essencial é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade) e o grau de afiliação do usuário com o serviço. O Escore Geral é obtido pela média entre os componentes dos atributos essenciais, dos atributos derivados e do grau de afiliação do usuário com o serviço. Alguns atributos são formados por mais de um componente, por exemplo, o atributo acesso de primeiro contato é formado pelo componente 'acessibilidade' e pelo componente 'utilização'. Os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como Alto Escore, o que corresponde a respostas para as opções 3 ou 4 na escala original do instrumento. A padronização para a escala 0-10 é realizada da seguinte forma:

$$\text{Escore Padronizado} = \frac{(\text{Escore} - 1)}{(4 - 1)} \times 10$$

Delineamento e amostra

Estudo transversal de base populacional representativo da população adscrita aos serviços de APS do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, realizado entre 2006 e 2007. O protocolo geral deste estudo foi publicado anteriormente²⁰.

A amostra foi composta por indivíduos adultos (18 anos ou mais) que residiam há pelo menos um ano em áreas de adscrição dos quatro serviços da rede pública de APS do município (Estratégia Saúde da Família - ESF, Unidade Básica de Saúde - UBS, Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-SSC-GHC e Centro de Saúde Escola Murialdo - CSEM) ou eram associados há pelo menos um ano na Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI, vinculados à estratégia de APS deste plano de autogestão. O plano amostral complexo descrito detalhadamente no protocolo de estudo²⁰ foi considerado no processo de amostragem, mas, a fim de atingir os objetivos da validação, foi estimado um tamanho de amostra igual a 410 indivíduos, o que representa um mínimo de 5 respondentes para cada item do instrumento²¹. Foram excluídos os indivíduos que não apresentavam condição física/mental para responder ao questionário, ou com última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre antes de janeiro de 1996 (ano de municipalização da saúde na cidade) ou que utilizavam como referência serviço de saúde em outro município. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos indivíduos por profissionais e estudantes da área da saúde devidamente treinados.

Tradução e adaptação

A tradução foi realizada em duas etapas, do inglês para o português e vice-versa, por uma tradutora nativa da língua inglesa. A versão original foi comparada pela equipe de investigação com a versão em inglês resultante da tradução reversa, para correção das possíveis falhas neste processo. Na adaptação, foram consideradas características culturais da população e de organização dos serviços de saúde.

No processo de tradução e adaptação, foram consideradas as propriedades de equivalência semântica, prática e cultural do instrumento. Para tanto, se entrevistaram, consecutivamente, seis indivíduos, homens e mulheres usuários de serviços de APS, entre 22 e 66 anos. Foram realizadas entrevistas cognitivas a fim de comprovar a compreensão e a interpretação correta do significado das perguntas, pela qual a pessoa deveria ser capaz, durante as entrevistas, de reformular a pergunta ou falar sobre seu conteúdo com outras palavras, mantendo o mesmo significado. A cada entrevista, o questionário era modificado a fim de incorporar as sugestões que facilitavam a compreensão. Posteriormente, 32 questionários foram aplicados, sendo discutidas e corrigidas as dificuldades de compreensão identificadas.

Validade e fidedignidade

- Validade de conteúdo

Na validade de conteúdo, foi verificado se o instrumento considerou todos os aspectos relevantes do conceito em estudo, de modo que cada pergunta proporcionasse um dado observável acerca do conceito do atributo para o qual foi formulado.

- Validade fatorial

Utilizou-se a análise fatorial com extração via componentes principais e método de rotação Varimax. Foram selecionados os fatores com três ou mais itens com carga fatorial superior a 0,35²¹. Cada fator foi avaliado conceitualmente, junto à autora principal do instrumento original, a fim de evitar que qualquer fator não representasse conceitualmente um atributo da APS.

- Fidedignidade

A fidedignidade deste instrumento foi observada utilizando a consistência interna, a estabilidade no tempo e a razão êxito da escala. Para avaliar a consistência interna de cada componente, utilizou-se a correlação item-total, considerando adequados os itens com valor superior a 0,30²¹ e o coeficiente alfa de Cronbach, idealmente igual ou superior a 0,70²¹.

Na estabilidade no tempo, 10% dos usuários da amostra foram reentrevistados (reteste), permitindo que os escores produzidos pela coleta de dados na entrevista (teste) fossem comparados aos escores obtidos no reteste, utilizando o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. A relação teste-reteste também foi verificada pela correlação intraclasse. Na razão êxito da escala, verifica-se o quociente entre o número de vezes que correlações entre os itens de um atributo foram superiores às correlações de cada um desses itens com os outros atributos e o total de correlações efetuadas nesse atributo. Valores elevados dessa medida sugerem maior discriminação do atributo.

Aspectos éticos

O projeto “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e modelos alternativos no município de Porto Alegre” foi aprovado no comitê de ética da Secretaria Municipal da Saúde, do Centro de Saúde Escola Murialdo, do Grupo Hospitalar Conceição, do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As entrevistas com os usuários foram realizadas mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Característica da amostra

A amostra total da pesquisa foi de 3.014 indivíduos. Entre esses foram selecionados os 2.404 indivíduos que constituem a amostra deste estudo, porque referiram como serviço de saúde preferencial, um serviço ou profissional que representava um provedor de APS.

O serviço preferencial para 24% dos indivíduos foi a ESF; para 12,5%, a UBS Tradicional; para 7,8%, o CSEM; para 5,6%, o SSC-GHC; para 8,0%, a CASSI; para 12,5%, ambulatório do plano de saúde; para 24,1%, consultórios médicos; para 2,6%, ambulatórios de empresas; e para 2,8%, clínicas ou atendimento domiciliar.

A idade média desses indivíduos foi de 46,5 anos (desvio padrão=17,3 anos). Aproximadamente 63% dos indivíduos foram do sexo feminino e quase 69% declararam cor da pele branca. A escolaridade média foi de 9,6 anos (desvio padrão=4,9 anos). Conforme o critério padrão de classificação econômica Brasil/2008 da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP), 1,2% dos indivíduos pertenciam à classe E; 10,6% à classe D; 43,8% à classe C; 37% à classe B; e 7,5% à classe A.

Tradução e adaptação

Na comparação entre a versão original e a versão resultante da tradução reversa não foram encontradas diferenças de conteúdo ou significado. A adaptação foi realizada segundo características culturais do Brasil. Nessa etapa, cinco perguntas foram excluídas e algumas modificadas. Também foi realizado um piloto, considerando uma amostra semelhante à população deste estudo, que possibilitou o esclarecimento de outras perguntas dúbias e a finalização do instrumento com as correções necessárias. Posteriormente, o instrumento foi aplicado a seis indivíduos quando se avaliou o grau de entendimento para cada uma das perguntas até o esgotamento de dúvidas, novamente adaptando-se o texto de algumas perguntas.

Validade de conteúdo

Foi considerada a adequação com que uma medida afere o componente a que se refere, utilizando a avaliação conceitual dos fatores. Esse processo foi realizado com a participação da autora principal do instrumento original (BS).

Validade fatorial

Os itens mostraram-se distribuídos de forma mais homogênea nos fatores que representam conceitualmente os componentes da APS quando realizada análise fatorial considerando 12 fatores, com variação total explicada de 50,83%. Os itens do acesso foram captados pelos fatores um e oito. A longitudinalidade mostrou-se presente no fator dois e no fator dez. Os itens de orientação comunitária foram captados em sua totalidade no fator três, assim como os itens de coordenação do cuidado no fator sete e de acesso-utilização no fator doze. A integralidade de serviços prestados teve seus itens distribuídos nos fatores quatro, cinco e seis, e a integralidade de serviços disponíveis apresentou itens no fator nove e no fator onze. Os itens de enfoque familiar foram captados no fator cinco, no qual também foram captados alguns itens de integralidade de serviços prestados. As cargas fatoriais são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Cargas fatoriais para a validade fatorial, correlação item-total e escore médio dos itens. Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

Atributos da atenção primária à saúde		Correlação item-total	Carga fatorial	Escore médio ^a
Primeiro contato				
Utilização				
B1	Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao seu "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	0,41	0,58	3,49
B2	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	0,50	0,57	3,29
B3	Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	0,38	0,40	2,92
Acesso				
C1	O seu "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou domingo?	0,28	0,27	1,51
C2	O seu "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	0,45	0,34	1,99
C3	Quando o seu "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	0,34	0,44	3,02
C4	Quando o seu "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0,53	0,47	2,59
C5	Quando o seu "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	0,50	0,66	1,96
C6	Quando o seu "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?	0,54	0,85	1,49

Continua

Tabela 1. Cargas fatoriais para a validade fatorial, correlação item-total e escore médio dos itens. Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

				Continuação
	Atributos da atenção primária à saúde	Correlação item-total	Carga fatorial	Escore médio [#]
C7	Quando o seu "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você naquela noite?	0,55	0,85	1,47
C8	É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) nesse "nome do médico/enfermeira/local"?	0,58	0,73	2,99
C9	Uma vez que você chega ao seu "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	0,49	0,59	2,49
C10	Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do médico/enfermeira/local"?	0,54	0,64	3,27
C11	É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	0,60	0,72	3,05
C12	Quando você tem que ir ao seu "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	0,35	0,21	2,89
Longitudinalidade				
D1	Quando você vai ao seu "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	0,43	0,34	2,98
D2	Você acha que o seu "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	0,47	0,71	3,64
D3	O seu "nome do médico/enfermeira/local" responde a suas perguntas de maneira que você entenda?	0,44	0,72	3,73
D4	Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	0,53	0,34	2,51
D5	O seu "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0,51	0,68	3,50
D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	0,52	0,72	3,52
D7	O seu "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	0,51	0,58	2,41
D8	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	0,47	0,62	3,04
D9	"O seu nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	0,64	0,69	2,69
D10	O seu "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	0,59	0,57	2,93
D11	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	0,60	0,64	2,84
D12	O seu "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos de que você precisa?	0,54	0,61	2,63
D13	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	0,55	0,49	3,17
D14	Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	0,49	0,33	2,70
Coordenação				
Cuidado				
E2	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou ao serviço especializado?	0,56	0,59	2,62
E3	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou o serviço especializado?	0,58	0,71	3,26
E4	O seu "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	0,35	0,45	1,58
E5	O seu "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	0,40	0,39	2,25

Continua

Tabela 1. Cargas fatoriais para a validade fatorial, correlação item-total e escore médio dos itens. Porto alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

		Continuação		
	Atributos da atenção primária à saúde	Correlação item-total	Carga fatorial	Escore médio [#]
E6	O seu "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	0,54	0,56	2,11
E7	O seu "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	0,58	0,76	2,63
E8	Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o seu "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	0,56	0,73	2,05
E9	O seu "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe pergunta se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	0,57	0,70	2,12
Sistema de Informação				
F1	Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado?	0,04	0,23	1,97
F2	Você poderia ler o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local"?	0,10	0,35	2,72
F3	Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	0,13	0,20	3,76
Integralidade				
Serviços Disponíveis				
G1	Respostas a perguntas sobre nutrição e dieta	0,27	0,33	3,08
G2	Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	0,41	0,43	2,13
G3	Programa de suplementação de leite e alimentos	0,40	0,41	1,93
G4	Vacinas (imunizações)	0,46	0,42	3,05
G5	Exame dentário	0,53	0,48	2,27
G6	Tratamento dentário	0,51	0,48	2,17
G7	Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	0,49	0,71	2,96
G8	Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	0,52	0,62	2,50
G9	Aconselhamento para problemas de saúde mental	0,49	0,59	2,54
G10	Sutura de um corte que necessite de pontos	0,46	0,68	2,16
G11	Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	0,45	0,59	2,86
G12	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	0,57	0,58	2,22
G13	Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	0,53	0,59	2,21
G14	Colocação de tala para tornozelo torcido	0,44	0,73	1,90
G15	Remoção de verrugas	0,49	0,72	1,77
G16	Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste de Papanicolau)	0,49	0,73	2,95
G17	Aconselhamento sobre como parar de fumar	0,45	0,57	2,66
G18	Cuidados pré-natais	0,55	0,71	3,17
G19	Remoção de unha encravada	0,54	0,72	1,87
G20	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)	0,29	0,31	2,44
G21	Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	0,45	0,39	2,54
G22	O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde (ex.: doação de órgãos, caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	0,42	0,49	2,25
Serviços Prestados				
H1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	0,53	0,65	2,81
H2	Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	0,54	0,57	2,13
H3	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	0,48	0,65	1,41

Continua

Tabela 1. Cargas fatoriais para a validade fatorial, correlação item-total e escore médio dos itens. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

Atributos da atenção primária à saúde		Correlação item-total	Carga fatorial	Continuação
				Escore médio [#]
H4	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	0,52	0,48	1,72
H5	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	0,52	0,61	2,77
H6	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	0,39	0,55	3,17
H7	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	0,48	0,60	3,03
H8	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex.: veneno para formiga/para rato, água sanitária) no seu lar, no trabalho ou na sua vizinhança	0,52	0,66	1,69
H9	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança	0,35	0,58	1,16
H10	Como prevenir queimaduras causadas por água quente	0,49	0,70	1,52
H11	Como prevenir quedas	0,55	0,65	1,61
H12	Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	0,54*	0,44*	2,18*
H13	Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	0,50*	0,41*	2,51*
Enfoque Familiar				
I1	O seu "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	0,47	0,37	2,27
I2	O seu "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc.)?	0,43	0,46	2,93
I3	O seu "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	0,43	0,24	2,83
Orientação Comunitária				
J1	Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	0,56	0,66	2,39
J2	O seu "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança?	0,58	0,65	1,99
J3	O seu "nome do médico/enfermeira/local" ouve opiniões e ideias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde?	0,66	0,73	2,22
J4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) às necessidades das pessoas?	0,40	0,53	2,30
J5	Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	0,66	0,74	1,96
J6	Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor/Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	0,47	0,55	1,53

[#]Escore variando de 1 a 4. *Obtidos por meio somente da amostra de usuários do sexo feminino (n=1484).

Fidedignidade

Para a consistência interna, considerando a correlação item-total, o item sobre atendimento aos sábados e domingos foi o único no componente acesso de primeiro contato que apresentou correlação abaixo do adequado. Para o componente coordenação do sistema de informação, os três itens que constituem este atributo tiveram correlação abaixo do adequado. No componente integralidade dos serviços disponíveis, o item referente a respostas sobre nutrição e dieta e também o item de aconselhamento sobre mudanças que ocorrem no envelhecimento mostraram correlação item-total com valor inferior ao adequado. Por outro lado, para os componentes acesso-utilização, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária, todos os itens apresentaram correlação adequada (Tabela 1).

Para a consistência interna utilizando o *alfa de Cronbach*, observaram-se valores do coeficiente abaixo do adequado para o componente acesso-utilização ($\alpha=0,62$), para o componente coordenação sistema de informações ($\alpha=0,15$) e orientação familiar ($\alpha=0,63$), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Medidas de fidedignidade para os sete atributos do PCATool-Brasil. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

Atributos da Atenção Primária à Saúde	n	Alfa de Cronbach	Razão de êxito da escala	Comparação teste-reteste (valor-p) ⁺	Correlação intraclass teste-reteste
Primeiro contato - Utilização	2403	0,62	26/27 (96,3%)	0,97	0,69
Primeiro contato - Acesso	2119	0,82	108/108 (100%)	0,19	0,67
Longitudinalidade	2387	0,86	125/126 (99,2%)	0,06	0,83
Coordenação do Cuidado	1419	0,80	71/72 (98,6%)	<0,01	0,75
Coordenação Sistema de Informação	2401	0,15	12/27 (44,4%)	<0,01	0,04
Integralidade - Serviços Disponíveis	2354	0,88	192/198 (97%)	0,20	0,85
Integralidade - Serviços Prestados*	2390	0,82	98/99 (98,9%)	<0,01	0,88
Integralidade - Serviços Prestados [#]	1484	0,84	116/117(99,2%)		
Enfoque Familiar	2403	0,63	24/27 (96,3%)	0,20	0,45
Orientação Comunitária	2396	0,80	54/54 (100%)	0,50	0,42
Todos os Itens	1202	0,90	-	<0,001	0,96

*Associado ao teste Wilcoxon para amostras emparelhadas. #Itens de H1 a H11, considerando usuários de ambos os sexos. #Itens de H1 a H13, considerando somente usuários do sexo feminino.

Nos componentes coordenação do cuidado ($p<0,05$), coordenação do sistema de informações ($p<0,05$) e integralidade dos serviços prestados ($p<0,05$) não foi observada a estabilidade temporal que assegura a fidedignidade do instrumento ao longo do tempo (Tabela 2). Os menores valores para a correlação intraclass foram verificados para o componente coordenação do sistema de informação (0,04), para o atributo orientação comunitária (0,4), e para o atributo orientação familiar (0,4) (Tabela 2). Para a razão êxito da escala (REE) todos os resultados foram próximos de 100%, à exceção do componente coordenação sistema de informação (REE=44% - Tabela 2).

O número de itens e o coeficiente *alfa de Cronbach* para o PCATool versão usuários adultos nos EUA e também no Brasil, são mostrados na Tabela 3. A versão brasileira contempla o atributo orientação familiar e maior número de itens nos componentes acesso de primeiro contato - acessibilidade e integralidade - serviços disponíveis e no atributo orientação comunitária. No entanto, na versão brasileira, observa-se menor número de itens para o atributo longitudinalidade. Os valores e alfa de Cronbach para ambos os processos de validação foram semelhantes.

Na Tabela 4, verifica-se que a variância explicada acumulada pelos fatores definidos alcança o valor de 50,16%.

Tabela 3. Número de itens e alfa de Cronbach PCATool EUA (original) e PCATool-Brasil. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

Atributos da atenção primária à saúde	PCATool EUA (n=1000)			PCATool Brasil (n=2404)		
	Números de itens mantidos pós-validação	Alfa de Cronbach	n	Números de itens mantidos pós-validação	Alfa de Cronbach	n
Primeiro contato - Utilização	3	0,64	888	3	0,62	2403
Primeiro contato - Acesso	4	0,71	892	12	0,82	2119
Longitudinalidade	20	0,92	857	14	0,86	2387
Coordenação cuidado	8	0,88	483	8	0,80	1419
Coordenação Sistema de Informação				3	0,15	2401
Integralidade - Serviços Disponíveis	21	0,95	887	22	0,88	2354
Integralidade - Serviços Prestados	13	0,93	875	13	0,82	1458
Enfoque Familiar	0	-	-	3	0,63	2403
Orientação Comunitária	5	0,89	793	6	0,80	2396

Tabela 4. Distribuição dos itens do PCATool e variação explicada nos fatores provenientes da análise fatorial.

	Fatores e Itens	Variação explicada (%)	Variação explicada acumulada (%)
1º	Acesso (C3, C4, C8, C9, C10, C11) Longitudinalidade (D14) Sistema de Informações (F2) Acesso (C12)	5,76	5,76
2º	Longitudinalidade (D1, D4, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13) Sistema de Informações (F1, F3)	4,91	10,68
3º	Integralidade - Serviços Prestados (H1, H5, H6, H7, H12, H13) Orientação Familiar (I1, I2, I3)	4,70	15,37
4º	Integralidade - Serviços Disponíveis (G10, G12, G13, G14, G15, G19, G5, G6,)	4,60	19,97
5º	Acesso (C1, C2, C5, C6, C7)	4,39	24,36
6º	Integralidade - Serviços Disponíveis (G1, G2, G3, G4, G8, G9, G17, G20, G21, G22)	4,22	28,58
7º	Orientação Comunitária (J1, J2, J3, J4, J5, J6)	4,17	32,75
8º	Coordenação do Cuidado (E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9)	4,06	36,81
9º	Integralidade - Serviços Prestados (H1, H2, H3, H4, H5, H6, H7, H8, H9, H10, H11, H12, H13)	3,88	40,68
10º	Longitudinalidade (D2, D3, D5, D6)	3,46	44,15
11º	Integralidade - Serviços Disponíveis (G7, G11, G16, G18)	3,34	47,48
12º	Utilização (B1, B2, B3)	2,68	50,16

Discussão

Neste estudo foram realizadas tradução, adaptação e avaliação da validade e da fidedignidade do PCATool-Brasil versão usuários adultos, evidenciando que o instrumento é válido e fidedigno para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de APS a partir da experiência desses usuários. Na análise fatorial, o modelo com 12 fatores foi capaz de captar os quatro atributos essenciais e dois atributos derivados do conceito de APS baseado em Starfield³.

Entretanto, alguns itens não atingiram a carga fatorial mínima para a sua permanência no instrumento, como os itens que correspondem ao 'acesso no serviço de saúde até às 20h em alguns dias úteis', ao 'atendimento pelo mesmo médico' e ao 'aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento'. No entanto, esses itens foram, respectivamente, mantidos no componente acesso de primeiro contato, no atributo longitudinalidade e no componente integralidade de serviços disponíveis, por sua extrema relevância conceitual. Além disso, os itens que constituem o componente coordenação do sistema de informação apresentaram carga fatorial e também correlação item-total abaixo do valor recomendado para que fossem mantidos na versão brasileira do PCATool, mas também permaneceram no instrumento final exclusivamente por motivo conceitual, a fim de permitir que o instrumento validado mantivesse sua comparabilidade com o instrumento original, assim como mensurar todos os componentes dos atributos essenciais da APS.

Os resultados da "Razão de Êxito da Escala" demonstraram que os itens de cada atributo estão bem alocados no seu atributo conceitual, pois se mostraram mais fortemente relacionados com os itens no seu componente de origem do que nos outros componentes/atributos, evidenciando, dessa maneira, a fidedignidade do PCATool. Além disso, a comparação do processo de validação brasileiro com o original norte-americano⁵ mostra a equivalência entre os dois processos (Tabela 3).

Portanto, foram contemplados 84 itens do instrumento, que constituem seis dos sete componentes dos atributos da APS (Tabelas 3 e 4). Com o acréscimo dos três itens do componente afiliação com o serviço, tem-se o PCATool-Brasil versão usuários adultos validado com um total de 87 itens.

Conclusão

A utilização do PCATool exige a avaliação prévia de equivalência com a versão original e a caracterização das suas propriedades psicométricas, uma vez que versões muito distintas proporcionam dificuldades na comparação de resultados entre estudos em âmbito nacional ou internacional. O PCATool-Brasil versão usuários adultos captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Portanto, mesmo considerando as diferenças regionais e o extenso número de itens, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS. Consolida-se assim como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil. 147. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. 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.
4. 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.
5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50: 161W-175W.
6. 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.* 2006A; 22(8): 1649-59. PMID:16832536. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
7. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. PMCid:PMC3002662.
8. Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med.* 2010; 23(3): 402-12. PMID:20453187. <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2010.03.090222>
9. Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care.* 2010; 48(7): 628-34. PMID:20548255. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181dbdf76>
10. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health.* 2010; 10: 397. PMID:20602806 PMCid:PMC2908092. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-397>
11. Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa: Health Canada; 2005.
12. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician.* 2007; 53: 1056-1057. PMCid:PMC1949223.
13. Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria.* 2007; 39(8): 395-401. PMID:17692225.
14. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges *Lancet.* 2011; 377: 1949-1961. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)
15. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Da Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet.* 2011; 377: 1962-1975 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60053-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60053-6)
16. Mendes EV, As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
17. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2007; 7(1): 75-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>
18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 669-681. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>
19. Starfield B, Shi L. Manual for the Primary Care Assessment Tools. Baltimore: Johns Hopkins University, 2002.
20. 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. PMID:17147819 PMCid:PMC1790713. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
21. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de Dados. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil

Evaluation of primary health care attributes in Chapecó, Brazil

Evaluación de los atributos de la atención primaria de salud en Chapecó, Brasil

Angela Moreira Vitoria. Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Chapecó, SC, Brasil. angelavite@unochapeco.edu.br

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br (Autor correspondente)

Silvia Pasa Takeda. Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Porto Alegre, RS, Brasil. tsilvia@terra.com.br

Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com

Resumo

Objetivo: Este estudo buscou avaliar, em um município de médio porte do sul do Brasil, a adequação da estrutura e dos processos da atenção primária à saúde (APS). **Métodos:** Usando um recorte transversal, avaliaram-se a estrutura da APS, com base nas orientações do Ministério da Saúde, entrevistando-se 24 coordenadores de unidades básicas de saúde (UBS); e os processos, com base no grau de orientação para APS pelo PCATool-Brasil, entrevistando-se 98 médicos e enfermeiros. **Resultados:** Foi encontrada inadequação no alto número de habitantes por equipe de saúde, na baixa oferta de consultas, na baixa formação profissional para a APS e na falta de avaliação sistemática das ações. Da mesma forma, o processo foi considerado satisfatório em alguns atributos da APS e insatisfatório em acesso de primeiro contato (escore: 3,6) e longitudinalidade (escore: 6,0). **Conclusão:** A adequação do sistema de saúde de Chapecó implicaria a ampliação de 56 mil consultas médicas/ano, na construção de 2 novas UBS e o estímulo à formação profissional para a APS, bem como na avaliação sistemática das ações.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Pesquisa sobre Serviços de Saúde
Estratégia Saúde da Família

Abstract

Objective: In this study, we aimed to evaluate the adequacy of the structure and processes of primary health care (PHC) in a midsize city in southern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted to assess the structure and processes of PHC. The structure was evaluated, based on the guidelines of the Ministry of Health, by interviewing 24 coordinators of Primary Healthcare Units (PHU); and the processes of care were assessed, based on PHC attributes measured by the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil), by interviewing 98 professional doctors and nurses. **Results:** We observed inadequacies regarding the high number of inhabitants attended per health team, the low offer of medical consultations, low vocational training for PHC, and lack of systematic evaluation of actions. Likewise, the processes were considered satisfactory regarding some PHC attributes and unsatisfactory in relation to first-contact access (score: 3.6) and longitudinality (score: 6.0). **Conclusion:** The adequacy of the health system in Chapecó would imply increasing the number of medical consultations/year by 56 thousand, building two new PHUs, stimulating vocational training for PHC, and encouraging the systematic evaluation of actions.

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Research
Family Health Strategy

Resumen

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo evaluar, en una ciudad de tamaño medio del sur de Brasil, la adecuación de la estructura y de los procesos de la Atención Primaria de la Salud (APS). **Métodos:** Utilizando un corte transversal, se evaluó la estructura de la APS, con base en las orientaciones del Ministerio de Salud, encuestándose a 24 coordinadores de Unidades Básicas de Salud (UBS); y los procesos, con base en el grado de orientación para la APS por el PCATool-Brasil, encuestándose a 98 médicos y enfermeros. **Resultados:** Se encontraron deficiencias ante el elevado número de habitantes por equipo de salud, la baja oferta de consultas, la baja formación profesional para la APS y la falta de evaluación sistemática de las acciones. Del mismo modo, el proceso se consideró satisfactorio en algunos atributos de la APS e insatisfactorio en el acceso del primer contacto (puntuación: 3,6) y en la longitudinalidad (puntuación: 6,0). **Conclusión:** La adecuación del sistema de salud en Chapecó implicaría un aumento de 56.000 consultas médicas/año, la construcción de 2 nuevas UBS, y el estímulo tanto a la formación profesional en APS, como a la evaluación sistemática de las acciones.

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Investigación sobre Servicios de Salud
Estrategia Salud de la Familia

Como citar: Vitoria AM, Harzheim E, Takeda SP, Hauser L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):285-93. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)832)

Fonte de financiamento:

declaram não haver.

Parecer CEP: Unochapecó, n. 036/2010.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 07/04/2013

Approved em: 07/10/2013

Introdução

Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil neste momento é oportuno, pois a rápida ampliação destes serviços¹ - especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) - tem sido associada a vários desfechos favoráveis, tais como a redução da mortalidade infantil², redução de internações por condições sensíveis à APS³ e avanços na integração com a rede assistencial⁴. Apesar disso, ainda existem fragilidades no acesso e integralidade do cuidado⁵, além do uso pouco frequente de protocolos clínico-assistenciais e dificuldade de acesso à medicação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶. Neste cenário, com maior investimento financeiro e ampliação dos serviços, torna-se imprescindível planejar a construção do sistema nacional de saúde no Brasil, identificando onde a rede ainda precisa ser ampliada e quais as adequações necessárias à estrutura já existente.

Donabedian⁷ propôs três eixos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, os quais estão intimamente interligados - estrutura, processo e resultado - e demonstra ser imprescindível uma estrutura adequada para se alcançar processos assistenciais e, conseqüentemente, resultados em saúde satisfatórios. Habicht et al.⁸ propuseram, baseados em Donabedian, que a avaliação de programas e de serviços de saúde buscasse orientar os responsáveis pela tomada de decisão (gestores em saúde). Diante de estratégias ou programas que já dispõem de evidências de plausibilidade e de probabilidade, o eixo de avaliação mais adequado para auxiliar os gestores em saúde seria a adequabilidade.

No contexto da avaliação da APS, Starfield⁹ criou o instrumento *Primary Care Assessment Tool - PCATool*¹⁰. Este instrumento, validado no Brasil¹¹, mede a extensão dos atributos da APS mediante a análise dos aspectos de estrutura e processo. No âmbito nacional, o Ministério da Saúde (MS) também propôs critérios acerca de elementos de estrutura e de processo com o intuito de garantir qualidade nos serviços de APS^{12,13}.

Assim, este trabalho objetiva avaliar a adequabilidade dos elementos da estrutura e dos processos da APS em Chapecó, município de médio porte, localizado no oeste de Santa Catarina, sul do Brasil. Outro aspecto a ser verificado é a adequação das UBS às orientações do MS, que visa auxiliar os gestores em saúde nas ações de ampliação e adequação da rede assistencial.

Métodos

Foi realizado um estudo de avaliação com ênfase na adequação da estrutura e dos processos nos serviços de APS em Chapecó, por meio de delineamento transversal com coleta de dados primários, entre abril e outubro de 2010. Chapecó é um município com 182.809 habitantes, crescimento demográfico de 3,4% ao ano, atingindo 4 mil novos habitantes por ano, IDH de 0,848 em 2000, e uma rede de serviços de APS de ampliação recente, contando com 24 UBS, com 86% de cobertura da ESF e um alto grau de orientação à APS.

Avaliação da estrutura

As unidades de análise utilizadas foram as UBS do município de Chapecó. Para este fim, todos os coordenadores das UBS foram entrevistados e responderam quanto à presença ou ausência de um conjunto de características estruturais. A escolha destas características teve como base as recomendações apresentadas em duas publicações do MS, a Política Nacional de Atenção Básica¹² e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde¹³.

As características pesquisadas foram: tamanho da população adscrita; a existência de delimitação clara do território da UBS; a composição da equipe; os tipos de modelos organizacionais caracterizados como ESF, UBS Tradicionais e modelos mistos; a relação profissional por habitante; proporção de agentes de saúde por enfermeiro; carga horária dos profissionais; a formação profissional com especialização para a APS; a área física; medicamentos disponíveis; a existência de uma avaliação sistemática das ações; atividades multidisciplinares (reunião de equipe e discussão de casos); presença de conselho local de saúde; presença de sistema de referência e contrarreferência; o uso de sistemas de informação; a oferta de consultas/habitante/ano; e o tempo de permanência do profissional na UBS em anos.

As variáveis para a avaliação sistemática das ações e atividades multidisciplinares foram calculadas a partir de grupos de questões específicas do PCATool-Brasil referentes a estes temas.

Avaliação dos processos

A unidade de análise utilizada para a avaliação dos processos foram os profissionais médicos e enfermeiros da APS de Chapecó, por meio de um censo. Foram considerados como perdas os profissionais não encontrados após três visitas consecutivas.

Os profissionais responderam ao PCATool-Brasil-versão profissionais, um questionário padronizado, validado no Brasil. A partir de uma escala Likert, as respostas são consolidadas em escores que variam de 0 a 10, sendo considerado alto escore quando acima de 6,6. São calculados escores para cada um dos atributos da APS. Os escores de Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade compõem o Escore Essencial. Já os escores para Orientação Familiar e Orientação Comunitária compõem o Escore Derivado. A média de todos os atributos e seus componentes compõe o Escore Geral de APS.

Coleta, apropriação e análise dos dados

Os coordenadores das UBS foram entrevistados pela pesquisadora principal. Os médicos e enfermeiros foram entrevistados por estudantes, devidamente treinados e sob supervisão da pesquisadora principal. Os dados foram apropriados no EPIDATA e depois exportados para o SPSS/PASW 18.0. Procedeu-se a análises descritivas de tendência central e de variabilidade, além dos intervalos de confiança para a média populacional.

Aspectos éticos

Todos os entrevistados receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo, ausência de riscos ao entrevistado, garantia de sigilo das informações, e assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unochapecó, sob o número 036/2010.

Resultados

O estudo compreendeu a rede de serviços de atenção primária à saúde do município de Chapecó/SC, composta por 24 UBS e 123 profissionais médicos e enfermeiros. Das 24 UBS do estudo, foram entrevistados todos os coordenadores de unidades e 98 profissionais, totalizando 80% dos médicos e enfermeiros. As perdas representaram 25 profissionais (15%). Houve 4 exclusões por atestado médico (3%) e 2 recusas (1,6%).

Avaliação da estrutura

A presença das características estruturais sugeridas pelos documentos do Ministério da Saúde nas UBS de Chapecó, bem como a proporção de UBS em que cada característica esteve presente, está detalhada na Tabela 1.

Todas as UBS tinham território claramente definido e, tanto as UBS/ESF como as UBS Tradicionais, dispunham de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No cadastro do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), constavam 165.246 pessoas cadastradas, das 182.809 residentes¹⁴, revelando uma cobertura pelo SUS de 90% no município. Foi encontrada uma média de 6.885 habitantes por UBS e de 3.685 por ESF, variando de 690 a 16.386. Duas UBS atendiam mais do que 12 mil habitantes.

Apenas uma UBS não contava com equipe completa, no período da coleta de dados, por ausência de auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, e ausência de auxiliar ou técnico administrativo. Em 58% das UBS, os profissionais não possuíam especialização voltada para algum modelo de APS: Medicina da Família e Comunidade (MFC); Enfermagem da Família; Clínica Médica ou Ginecologia; e Pediatria.

Tabela 1. Distribuição das UBS conforme presença ou ausência da característica estrutural considerada adequada pelo Ministério da Saúde, segundo informações obtidas na entrevista com os coordenadores das 24 UBS de Chapecó-SC, 2010.

	UBS ADEQUADA: com presença da característica estrutural	UBS INADEQUADA: com ausência da característica estrutural
Do território	n (%)	n (%)
Máximo de 4 mil habitantes/ESF e média de 3 mil/ESF na UBS	8 (33%)	16 (67%)
Máximo de 5 ESF/UBS	24 (100%)	0
Máximo de 12 mil habitantes, se ESF*	20 (92%)	2 (8%)
Máximo de 30 mil habitantes, se não for ESF**	2 (100%)	0
Território claramente definido	24 (100%)	0
Da composição da equipe		
Equipe completa composta por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de saúde bucal ou técnico, auxiliar de enfermagem ou técnico, ACS	23 (95%)	1 (4%)
Máximo de 750 pessoas por ACS	21 (87%)	3 (12%)
Máximo de 12 ACS por ESF*	21 (87%)	1 (4%)
Máximo de 30 ACS por enfermeiro, se não for ESF**	2 (100%)	0
Carga Horária de 40 horas para os médicos, enfermeiros e odontólogos	18 (75%)	6 (25%)
Da formação profissional		
Realização de curso introdutório em Saúde da Família	23 (95%)	1 (4%)
Especialização para a APS***	10 (41%)	14 (58%)
Da estrutura física e medicamentos		
Área física com espaço para recepção, arquivos, sala de vacinação	23 (95%)	1 (4%)
Consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem	24 (100%)	0
Relação do nº de consultórios médicos e de enfermagem > 1/ profissional médico e enfermeiro	11 (45%)	13 (54%)
Sala de observação	5 (20%)	19 (79%)
Sala de espera com espaço para 15 pessoas/ESF	16 (67%)	8 (33%)
Disponibilidade de medicamentos da lista básica	24 (100%)	0
Do processo de trabalho		
Tipo de modelo organizacional de acordo com a ESF	18 (75%)	6 (25%)
Oferta de consultas por habitante acima de 2,34	9 (37%)	15 (62%)
Uma sistemática de avaliação das ações	5 (20%)	19 (79%)
Atividades multidisciplinares	8 (33%)	16 (66%)
Presença de Conselho Local de Saúde	24 (100%)	0
Sistema de referência e contrarreferência	24 (100%)	0

*2 UBS (8% da amostra) não foram avaliadas por serem UBS tradicionais e a característica em questão só se aplica às UBS habilitadas como ESF. **Só foram avaliadas as 2 UBS cadastradas como UBS Tradicionais. ***Especialização em MFC, Enfermagem da Família.

Foi observada a ausência de sala de espera com espaço para 15 cadeiras em 34% das UBS; de sala de educação em saúde em 46% das UBS; de corredores com espaço para cadeiras de rodas em 25%; de rampas de acesso em 30%; de sanitários para pessoas com deficiência em 50%; de sala de coleta de exames em 30%; de sala de procedimentos em 71%; de sala de observação em 80%; e, em uma UBS, foi observada a ausência de dispensário de medicamentos e o acesso à sala de vacina através da sala de curativos.

Os tipos de modelo organizacional de UBS encontrados foram: ESF em 18 UBS (75%); UBS Tradicional em 2 UBS (8%); UBS Tradicional + ESF em 2 UBS (8%); ESF + UPA em 1 UBS (4%); ESF + UPA + UBS Tradicional em 1 UBS (4%). Mesmo nas UBS classificadas pelos coordenadores como ESF, havia presença de pediatra em 58%, ginecologista em 29%, clínico em 50% e enfermeiro em 33%, desvinculados da ESF e com acesso direto ao usuário.

O número médio de consultas médicas/habitante/ano ofertadas nas especialidades de MFC, ginecologia, pediatria, clínica médica e enfermagem foi de 1,79; 0,6; 0,24; 0,55; e 1,38, respectivamente. A oferta de consultas básicas composta pelo somatório da oferta de consultas de MFC, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município foi de 2,03.

Apesar de todas as UBS disporem de consultórios médicos, odontológicos e de enfermagem, como está descrito na Tabela 1, no cálculo da taxa de ociosidade de consultórios de atendimento básico [$T_x = 1 - (\text{n}^\circ \text{ de horas de consulta dos profissionais por ano} / \text{n}^\circ \text{ de horas disponíveis de consultório por ano})$] foi encontrado um valor de 0,57.

Os coordenadores da maioria das UBS (83%) negavam possuir um sistema para avaliação da satisfação do usuário, sendo que 4 (17%) informaram que o Conselho Local de Saúde (CLS) cumpria este papel. Em todas as UBS, a coordenação afirmou dispor de sistema de referência e contrarreferência, mas, quanto à contrarreferência, 19 UBS (79%) consideravam o sistema parcialmente adequado e 5 (20%) consideravam inadequado. Em nenhuma UBS o sistema de contrarreferência foi considerado adequado.

Avaliação dos processos

Foram entrevistados 98 profissionais nas UBS de Chapecó, 51 (52%) médicos e 47 (48%) enfermeiros. A maioria deles (66%) tinha alguma especialidade: 17 (17%) em MFC; 19 (19%) em especialidades básicas (pediatria, ginecologia ou clínica médica); e 28 (29%) possuíam outras especialidades.

Observou-se um tempo médio de permanência do profissional na UBS de 2,7 anos nas ESF e de 3,2 anos nas UBS Tradicionais e mistas. Os profissionais referiram que a maior proporção do tempo de trabalho era dedicada a consultas por demanda espontânea e consultas programadas, sendo 10% do tempo para educação em saúde e visitas domiciliares, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Formação profissional e aspectos do processo de trabalho dos médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó-SC, 2010.

	Médicos(as)	Enfermeiros(as)
Nº de profissionais(n)	51	47
Formação Profissional		
Especialização		
Sim	32 (62%)	33 (70%)
Especialização para APS (Medicina de Família e Comunidade, Medicina Preventiva e Social)		
Sim	7 (13%)	10 (21%)
Processo de Trabalho		
Tempo médio de vínculo com a Unidade Básica de Saúde (em anos)	3,2 (0,1-19)	2,7 (0,1-16)
Nº médio de consultas/semana	119 (28-170)	113 (16-250)
% de tempo semanal dedicado a atividades coletivas de educação em saúde	3% (0-24)	8% (0-30)
% do tempo semanal dedicado a Visita Domiciliar	7% (0-20)	10% (0-30)
% do tempo semanal dedicado a reuniões	3% (0-10)	8% (0-40)
% do tempo semanal dedicado a consulta demanda espontânea	36% (0-99)	51% (0-99)
% do tempo semanal dedicado a consulta programada	46% (0-95)	14% (0-50)
% do tempo dedicado a discussão de caso com a equipe	2% (0-10)	6% (0-30)

O Escore Geral de APS estimado pelo PCATool-Brasil resultou em 7,09 (IC 6,95-7,24), sendo um alto escore de orientação para a APS. O Escore Essencial de APS foi de 6,86 (IC 6,91-7,01), considerado ainda um alto escore, mas próximo do ponto de corte. O escore para o Acesso de primeiro contato teve a pontuação mais baixa, com 3,65 (IC 3,4-3,9), enquanto o escore de Longitudinalidade resultou em 6,0 (IC 5,83-6,34). Todos os demais atributos resultaram em alto escore, conforme a Tabela 3. O escore dos médicos para o atributo Acesso de primeiro contato nas UBS com Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foi de 3,4, e nas UBS sem UPA, 3,6.

Comparando o Escore Geral de APS com o tipo de modelo organizacional da UBS, encontrou-se alto escore em todos os tipos.

Tabela 3. Média dos Escores Geral, Essencial e por Atributos de orientação para APS, obtidos por meio do PCATool-Brasil entre profissionais médicos e enfermeiros das UBS de Chapecó-SC, 2010.

	Média	IC (95%)
Escores Médios dos Atributos		
<i>Acesso de primeiro contato</i>	3,6	(3,40-3,90)
<i>Longitudinalidade</i>	6,0	(5,83-6,34)
<i>Coordenação dos Cuidados</i>	7,2	(6,97-7,53)
<i>Coordenação – Sistemas de Informação</i>	8,8	(8,55-9,07)
<i>Integralidade - Serviços Disponíveis</i>	7,7	(7,57-7,96)
<i>Integralidade - Serviços Prestados</i>	7,6	(7,33-7,89)
Escore Médio Essencial	6,8	(6,71-7,01)
<i>Orientação Familiar</i>	8,6	(8,32-8,91)
<i>Orientação Comunitária</i>	6,9	(6,65-7,26)
Escore Médio Geral	7,09	(6,95-7,24)

Discussão

A avaliação da estrutura e dos processos dos serviços de saúde de atenção primária à saúde em Chapecó sugere que o município está adequado a uma série de características estruturais orientadas pelo MS. Ao mesmo tempo, demonstra um processo satisfatório em alguns atributos da APS, mas frágil tanto em acesso de primeiro contato quanto na longitudinalidade.

A realização de avaliações da estrutura e dos processos na APS deve subsidiar os gestores em saúde em suas ações. Especificamente no sistema de saúde de Chapecó, pode-se afirmar que a reorientação do modelo assistencial ainda carece de ampliação da rede de UBS, ampliação da oferta de consultas e maior formação profissional para a APS.

A média de número de usuários encontrada foi de 6.885 por UBS e de 3.685 por ESF. Duas UBS atendiam mais de 12 mil habitantes, encontrando-se acima do limite orientado pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB 2006 para as UBS com ESF. Assim, é recomendável que o município de Chapecó construa duas novas UBS nas regiões mais populosas. A taxa de ociosidade de consultórios básicos foi de 0,57. Este dado demonstra a existência de horas de ociosidade em alguns consultórios básicos das UBS e também ressalta a necessidade de um planejamento adequado da ampliação da rede, para minimizar o paradoxo da demanda reprimida associada à capacidade ociosa. A PNAB orienta também que a média de habitantes por ESF no município seja de 3 mil habitantes. Para atingir esta meta, o município de Chapecó deveria ampliar as atuais equipes de Saúde da Família de 37 para 45.

A oferta de consultas médicas básicas - composta pelo somatório da oferta de consultas de MFC, ginecologia, pediatria e clínica médica dividida pelo total de habitantes do município - foi de 2,03. O parâmetro da portaria 1.101/2001¹⁵ é de 2,34. Assim, precisariam ser ampliadas, das atuais 366 mil consultas, para 422 mil consultas/ano, atingindo, ao menos, o parâmetro brasileiro de 2,34 consultas/habitante/ano. Recentemente, o *Royal College of General Practitioners (RCGP)* publicou diretrizes para os cuidados urgentes, nas quais destaca a necessidade de uma oferta suficiente de consultas médicas informando a demanda atual na Inglaterra de 5,3 consultas/habitante/ano¹⁶.

A baixa formação profissional em APS pode ser enfrentada mediante estímulo aos programas de residência em MFC ou especialização em Saúde da Família. A formação destes profissionais poderia resultar no estímulo ao desenvolvimento de ações educativas e de uma sistemática de avaliação dos cuidados em saúde.

O uso dos sistemas de informação parece estar ainda muito focado na coleta dos dados para alimentar o sistema, visto que os profissionais informaram dispor de sistemas de informação, mas não realizavam avaliações sistemáticas das ações.

Outras demandas de adequação de estrutura marcantes referem-se à necessidade de investimento na modernização do sistema de referência e contrarreferência, adequações de estrutura física com construção de salas de observação, de procedimentos e salas de vacinação.

Aliado a isto, os dois atributos da APS que resultaram em baixo escore foram o Acesso de Primeiro Contato (escore médio 3,6) e a Longitudinalidade (escore médio 6,0). O conceito trabalhado por Starfield descreve que o acesso implica acessibilidade e uso de serviços para cada novo problema ou episódio, para o qual as pessoas procuram cuidados em saúde⁹.

Uma revisão sistemática¹⁷ relata que o acesso, na experiência individual do usuário, é resultante da interação dos determinantes do acesso, da gravidade percebida da doença e da expectativa da efetividade do tratamento. Os determinantes do acesso são sociais (hora de abertura das unidades de saúde, barreiras geográficas, barreiras étnicas, etc.) e econômicos (copagamento, custos de deslocamento). Assim, este resultado de baixo escore no atributo de Acesso de Primeiro Contato é coerente tanto com as carências estruturais apresentadas (população numerosa para cada equipe e baixa oferta de consultas) quanto com a estrutura organizacional dos serviços de saúde (alta rigidez de horários de funcionamento e na forma de contratos de trabalho). Desta forma, é necessário maior investimento financeiro na qualificação do acesso, permitindo a ampliação do horário de atendimento das UBS e a superação de limitações legais, obstáculos importantes à organização de jornadas de trabalho noturnas e em finais de semana.

A Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados e seu uso ao longo do tempo, associada a uma relação de confiança entre profissional e usuário¹⁷. A média de tempo de permanência do profissional na UBS em anos foi de 3,2 para médicos e 2,7 para enfermeiros, o que pode impactar no vínculo da população com o serviço, além do possível papel que a deficiência no acesso (estrutura) tenha na longitudinalidade (processo)¹⁷.

Outros estudos brasileiros apresentam resultados semelhantes em relação ao Acesso de Primeiro Contato. Em Montes Claros-MG, pesquisa utilizando o PCATool-versão infantil, aplicado aos cuidadores de crianças, demonstrou um escore de acesso de (5,5), inferior ao Escore Geral da APS (6,6)¹⁸. Kolling, em estudo de linha de base dos municípios do Telessaúde do Rio Grande do Sul, utilizando a versão profissionais do PCATool, encontrou alto grau de orientação para a APS (7,2) e baixo grau no atributo de Acesso de Primeiro Contato (5,8)¹⁹. Outro estudo com o PCATool, nas UBS do município de Porto Alegre, com a aplicação do PCATool versão profissionais, encontrou resultados similares²⁰. Stralen encontrou, na região centro-oeste do País, um escore de acesso de 2,0 e o Índice Composto da Atenção Básica de 3,19, medida semelhante ao Escore Geral de APS, entrevistando usuários e profissionais de saúde²¹, por meio da versão do PCATool adaptada por Almeida e Macinko²².

Giovanella et al.⁴, por meio de entrevistas a profissionais, usuários e agentes comunitários de saúde de 4 capitais brasileiras, identificaram que apenas metade dos pacientes que adoeceram nos 30 dias anteriores à entrevista foram atendidos na UBS. Este resultado oscilou entre os municípios pesquisados, variando de 52%, em Belo Horizonte, a 28%, em Florianópolis. Apesar desta dificuldade de acesso, os profissionais não têm a percepção desta dificuldade. Ao perguntar aos profissionais se concordavam que “a população procura primeiro a Unidade de Saúde da Família quando necessita de atendimento de saúde”, a grande maioria respondeu concordar. Assim, dos profissionais entrevistados, 92% em Aracaju, 89% em Belo Horizonte, 87% em Florianópolis e 83% em Vitória responderam concordar que a população procura primeiro a UBS quando necessita de atendimento. Este resultado demonstra que a percepção dos profissionais quanto ao acesso de primeiro contato tende a ser muito otimista em relação à avaliação dos usuários²¹. Assim, esta medida do grau de orientação para a APS, em especial do atributo de Acesso de Primeiro Contato, no município de Chapecó, pode ficar ainda mais preocupante ao se considerar que a avaliação contemplou apenas a experiência dos profissionais, não tendo sido realizada nenhuma medida da percepção dos usuários em relação ao acesso. Sugere-se a realização de novas avaliações que contemplem a percepção dos usuários, por exemplo, por meio do PCATool-Brasil, versão para usuários¹¹. Este estudo também detalhou as dificuldades de acesso à média complexidade e à assistência hospitalar, corroborando com os resultados da avaliação do sistema de saúde de Chapecó, que identifica insatisfação com o sistema de referência e contrarreferência⁴.

A soma dos cinco fatores, população acima do recomendado, oferta de consultas abaixo do recomendado, falta de sistematização na avaliação das ações, além da falta de formação profissional e debilidades no sistema de referência e contrarreferência, pode dificultar a reorientação do modelo de atenção, pois estes dificultam a efetivação dos atributos essenciais da APS.

As limitações deste estudo referem-se ao pequeno número de UBS para avaliação de estrutura; a experiência apenas dos profissionais e gestores locais, sem abordar os usuários; e a falta de parâmetros validados para medida de características estruturais. Estas limitações impediram a realização de análises estatísticas que investigassem associação entre as carências estruturais e seu impacto no processo. A falta de parâmetros validados gerou a sugestão de um instrumento para medida de características estruturais em APS.

Conclusão

Os autores sugerem a utilização desta sistemática de avaliação de adequação da estrutura, aliada à avaliação de processo por meio da medida do grau de orientação para a APS, como metodologia de avaliação da APS no Brasil, pois permite, de forma ágil e fácil, a tomada de decisão. Tanto as estruturas como o processo estão aquém do desejado para um sistema de saúde universal, igualitário, orientado para a APS e com resultados satisfatórios para a população. Assim, é fundamental ampliar os investimentos em saúde de forma a construir novas estruturas para parcela significativa das UBS em Chapecó, investir largamente em formação profissional para a APS e na modernização do sistema de referência e contrarreferência. Para se garantir a qualidade da APS é imprescindível a adequação dos recursos financeiros, ambientes agradáveis, tempos de espera toleráveis e superação das carências estruturais, transformando a UBS na real porta de entrada do SUS.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Site do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>
2. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007 Nov; 65(10): 2070-80. PMID:17689847. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>
3. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues JF N°. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(6): 928-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>
4. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3): 783-794. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
5. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005; 5(2): 229-240. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200012>
6. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica a saúde. *Cienc Saúde coletiva*. 2006 Jul; 11(3): 657-667. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300014>
7. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med*. 1997 Nov; 121(11): 1145-1150.
8. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28:10-18 <http://dx.doi.org/10.1093/ije/28.1.10>
9. Starfield B. Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
10. Shi L, Stardfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2): 161-175.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool Pcatool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, 2007. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 68 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf
13. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 2011 Jan 20]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE [homepage]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>
16. Royal College of General Practitioners. Urgent care: a practical guide to transforming same-day care in general practice. BMA; 2009. Disponível em: www.primarycarefoundation.co.uk/report.html
17. Mendes EV. Revisão Bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Assessoria de Normalização; 2007. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf
18. Leão CDA, Caldeira AP. Assessment of association between qualification of doctors and nurses in primary health care and the quality of care. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011 Nov; 16(11): 4415-4423. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>
19. Kolling J. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre; 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>
20. Castro R. 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. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18766>

21. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima A, Massote AMD, Oliveira CL. 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. 2008. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s148-s158. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>
22. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de uma avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho do serviço de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2946>

Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba

Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba

Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria en Curitiba

Eliane Chomatas. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil. elianechomatas@terra.com.br (*Autora correspondente*)

Alvaro Vigo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. alvaro.vigo@gamil.com

Inês Marty. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Curitiba, PR, Brasil. ineskm@hotmail.com

Lisiane Hauser. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. lisiane.hauser@ymail.com

Erno Harzheim. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil. ernoharz@terra.com.br

Resumo

Os atributos da atenção primária à saúde (APS) - acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural - são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência de suas intervenções. Foram investigadas a presença e a extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, comparando unidades do modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família (ESF), mediante o instrumento PCATool-Brasil aplicado a 490 médicos e enfermeiros. Os resultados indicam que na ESF os escores médios e o percentual de Alto Escore ($\geq 6,6$) dos atributos longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis e prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores que nas unidades tradicionais, assim como para os atributos condensados nos escores Essencial, Derivado e Geral da APS. Os resultados evidenciam que em Curitiba as unidades com ESF possuem maior presença e extensão dos atributos da APS.

Abstract

The attributes of Primary Health Care (PHC): access to first contact, longitudinally, comprehensiveness, coordination, family and community orientation, and cultural competence are recognized as the structural pillars of health care process, associated with service quality and intervention effectiveness and efficiency. We compared health centers that operate with the traditional model with those with Family Health Strategy (FHS), by means of the instrument PCATool-Brazil, applied to 490 doctors and nurses. In FHS, the average scores and the percentage of high scores (≥ 6.6) in relation to the attributes longitudinally, comprehensiveness of available services and services provided, family orientation, and community orientation are significantly higher than in traditional health centers. The same occurs when these attributes are condensed as PHC Essential, Derived or General Scores. Results demonstrate that the FHS health centers in Curitiba have greater presence and extension of primary care attributes.

Resumen

Los atributos de atención primaria de salud (APS) - acceso, longitudinalidad, integralidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural - son reconocidos como ejes estructurantes del proceso de atención, asociados a la calidad de los servicios, a la efectividad y a la eficiencia de sus intervenciones. Se investigó la presencia y la extensión de los atributos de la APS en el municipio de Curitiba, comparando unidades del modelo tradicional con unidades de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), mediante el instrumento PCATool-Brasil aplicado a 490 médicos y enfermeros de la APS. Los resultados indican que en la ESF los puntajes medios y el porcentaje de alta puntuación ($\geq 6,6$) de los atributos longitudinalidad, integralidad de los servicios disponibles y de los servicios prestados, orientación familiar y orientación comunitaria son significativamente mayores que en las unidades tradicionales, así como los atributos agrupados en los puntajes Esencial, Derivado y General de la APS. Los resultados evidencian que en Curitiba las unidades con ESF tienen una mayor presencia y extensión de los atributos de la APS.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde
Avaliação de Serviços de Saúde
Programa Saúde da Família

Keywords:

Primary Health Care
Health Services Evaluation
Family Health Program

Palabras clave:

Atención Primaria de Salud
Evaluación de Servicios de Salud
Programa de Salud Familiar

Fonte de financiamento:

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba - PR.

Parecer CEP: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, n. 21/2008.

Conflito de interesses:

declaram não haver.

Recebido em: 03/05/2013

Approved em: 08/10/2013

Como citar: Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013; 8(29):294-303. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)828](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)828)

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conceituada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela longitudinalidade e a integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Essa operacionalização tem sido utilizada para definir os quatro atributos essenciais da APS (o acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção), bem como os três atributos derivados que qualificam suas ações (a orientação centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural)¹⁻³.

Na década de 1970 e início dos anos 1980, ecoavam no Brasil os princípios de Alma Ata, que encontraram no Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária um forte aliado⁴. Esse movimento, lutando pela implantação de um sistema gratuito e universal, teve sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde⁵, quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988⁶. A partir desse momento, a APS foi se consolidando como o ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com os serviços de saúde. Em 1991, foi implantado pelo governo federal o Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁷ e, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família⁸.

Regida pelos princípios da Conferência de Alma Ata e da APS, Curitiba iniciou a implantação de uma rede de unidades de saúde voltada ao acesso da população de baixa renda, com definição de área de abrangência, buscando garantia da qualidade, eficiência do atendimento e priorizando programas (gestantes, crianças, adultos, hipertensos)⁹. Em 1993, com a inauguração da Unidade de Saúde São José, o município de Curitiba implantou sua primeira unidade de Saúde da Família¹⁰. Em 1996, Curitiba aderiu à ESF recebendo parte do custeio das equipes do governo federal, o que permitiu ao município a expansão desse modelo de atenção. Em 2008, existiam 53 unidades básicas com ESF e 51 unidades básicas tradicionais (UTRAD).

Em 2008, ambos os modelos atuavam na filosofia da APS, porém as unidades com ESF possuíam médicos generalistas, alguns com especialidade em Medicina de Família e Comunidade (MFC), que, assim como os demais profissionais da equipe, trabalhavam oito horas diárias, desenvolvendo atividades internas e externas da unidade de saúde (US). As UTRAD atuavam com médicos das especialidades básicas (pediatras, gineco-obstetras e clínicos) que trabalhavam quatro horas diárias nas atividades internas das US. Nos dois modelos, existiam consultas de demanda espontânea e consultas vinculadas aos programas estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), assim como agentes comunitários de saúde, áreas de abrangência subdivididas em microáreas, e prática do conceito de *vigilância em saúde*¹¹.

Partindo dos referenciais teóricos apresentados e utilizando metodologia universalmente aceita, este estudo tem como objetivo avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde no município de Curitiba, comparando unidades tradicionais com unidades da Estratégia Saúde da Família, por meio da experiência de seus profissionais de saúde.

Métodos

Delineamento

Foi realizado um estudo transversal utilizando o Instrumento de Avaliação da APS - PCATool-Brasil, aplicado aos servidores médicos e enfermeiros das unidades de saúde. Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2008, no município de Curitiba, Paraná, Brasil.

População e amostra

À época do estudo, existiam no município 104 unidades básicas de saúde, sendo 53 com ESF e 51 tradicionais. As unidades com ESF estavam distribuídas nos nove distritos sanitários do município, mas de forma heterogênea. Por exemplo, no Distrito Sanitário do Bairro Novo, todas as US atuavam com ESF, enquanto no Distrito Sanitário do Boa Vista, que possuía 15 unidades básicas, apenas 3 atuavam com ESF. As unidades com ESF foram implantadas em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, com o propósito de reverter os indicadores epidemiológicos.

Foram selecionadas as unidades implantadas antes de junho de 2006 e que atuavam exclusivamente com atenção primária. Assim, participaram do estudo 45 unidades que atuavam com ESF (84,9% do total das unidades com ESF) e 47 UTRAD (92,1% do total das unidades tradicionais).

O instrumento PCATool-Brasil foi aplicado aos profissionais médicos pediatras, gineco-obstetras, clínicos gerais e enfermeiros das unidades tradicionais, bem como aos profissionais médicos que atuavam como generalistas, médicos de família e comunidade e enfermeiros das unidades que trabalhavam com a ESF.

Descrição do PCATool

Na *Johns Hopkins University*, entre 1997 e 2001, Barbara Starfield e colaboradores desenvolveram o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), um conjunto de instrumentos de avaliação da atenção primária em duas versões destinadas aos usuários crianças¹ e adultos¹² e uma terceira destinada aos profissionais de saúde¹. Esse instrumento é baseado em diversos itens e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. As duas versões do PCATool (saúde da criança e do adulto) para aplicação aos usuários dos serviços de saúde já foram traduzidas e validadas no Brasil^{13,14}. O instrumento destinado aos profissionais de saúde utilizado neste estudo é a versão em espelho da versão validada para usuários adultos. O questionário foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas - de estrutura e do processo de atenção - relacionadas à atenção primária desenvolvida por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários.

A aplicação do instrumento permite a construção de escores para cada dimensão (atributo) e seus componentes. As respostas são estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, atribuindo escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim). Para obter o escore da qualidade da APS, foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada atributo e seus componentes.

O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para estes escores foram então transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue¹⁵:

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando <6,6, e Alto Escore, quando ≥6,6.

Aplicação do PCATool

Os questionários foram aplicados por alunos do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Todos os entrevistadores foram treinados, sendo realizado um piloto do estudo nas unidades básicas excluídas da amostra.

No decorrer da pesquisa, foram excluídas outras duas US - uma por apresentar profissionais vinculados a outra instituição (PUC-PR) e outra por apresentar dados secundários, utilizados no segundo tópico da pesquisa (apresentado em outro artigo), não confiáveis. Um questionário foi excluído por apresentar ausência de respostas para a maioria das perguntas.

Análise estatística

Os questionários foram digitados em Epidata, versão 3.1. Todas as análises foram realizadas com o programa SAS, versão 9.1.3. As comparações de médias foram realizadas mediante o teste t para amostras independentes com estimativa conjunta das variâncias ou utilizando o método de Satterthwaite para variâncias populacionais diferentes. As comparações entre proporções foram realizadas utilizando o teste baseado na estatística χ^2 de Pearson com correção de Yates, considerando

amostras independentes. A associação entre a presença de Alto Escore de APS com os preditores foi estimada usando o modelo de regressão de Poisson robusta¹⁶.

Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob número 21/2008, seguindo os preceitos éticos. Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e leram, aprovaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Entre os 263 profissionais de ESF elegíveis, 190 (72%) responderam, sendo 91 médicos e 99 enfermeiros, representando respectivamente 48% e 52% da amostra da ESF. Dos 442 profissionais de UTRAD elegíveis, 300 (67,8%) responderam os questionários, 223 dos respondentes sendo médicos (74%) e 77 (26%), enfermeiros.

A Tabela 1 descreve as características da amostra. A idade média dos médicos das UTRAD foi de 42,5 (IC95%: 41,2-43,8) e nas unidades com ESF foi de 42,6 (IC95%: 40,0-45,1). Para os enfermeiros, as idades médias nas UTRAD e nas unidades com ESF foram de 35,7 anos (IC95%: 34,0-37,3) e 39,2 anos (IC95%: 37,5-40,9), respectivamente. Considerando-se a amostra global, 420 (85,7%) profissionais declararam ter cor da pele branca. O tempo médio de formados dos médicos foi de 17,8 anos (IC95%: 16,4-19,1) nas UTRAD e 17,8 (IC95%: 15,6-20,1) nas unidades com ESF, enquanto que para os enfermeiros foi respectivamente 9,4 anos (IC95%: 7,8-11,1) e 13,0 anos (IC95%: 11,3-14,6). Ainda em relação à formação nas UTRAD, 199 (89,2%) médicos e 46 (59,7%) enfermeiros referiram ter alguma especialização e nas ESF os números encontrados foram 70 (76,9%) e 63 (63,6%), respectivamente.

Os médicos das unidades com ESF dedicaram à educação comunitária, em média, 5,3% (IC95%: 4,0-6,6) da carga horária, mais que o dobro da carga dos médicos das UTRAD, igual a 2,5% (IC95%: 1,5-3,4) ($p=0,01$). Para as visitas domiciliares, esses percentuais foram ainda mais discrepantes, sendo 8,8% (IC95%: 7,5-10,1) e 1,2% (IC95%: 0,5-1,9) respectivamente para unidades com ESF e as UTRAD ($p<0,01$). Similarmente, o percentual da carga horária despendido para discussão de casos com a equipe foi de 1,9% (IC95%: 1,2-2,7) para os médicos das UTRAD, contra 5,1% (IC95%: 3,8-6,5) nas unidades com ESF ($p<0,01$).

Em relação ao perfil da pós-graduação realizada pelos profissionais que atuavam na APS, 10 médicos (11%) que atuavam nas unidades com ESF fizeram residência em medicina de família e comunidade, 27 (29,7%) possuíam título em medicina de família e comunidade e 19 (20,9%) possuíam especialização em saúde da família, enquanto nas UTRAD foram observados 7 (3,1%), 3 (1,3%) e 8 (3,6%), respectivamente. Similarmente, entre os enfermeiros das equipes com ESF, 18 (18,2%) tinham especialização em saúde da família, e 3 (3,0%) realizaram especialização ou residência em enfermagem comunitária, enquanto nas UTRAD 10 (13%) possuíam especialização em saúde da família.

Para todos os quesitos avaliados, os profissionais afirmaram ter alto grau de satisfação em relação ao trabalho, ao coordenador, à equipe e à comunidade (Tabela 2). O menor grau de satisfação (73,6%) foi observado entre os médicos das unidades que atuavam com ESF em relação ao coordenador, enquanto o maior ocorreu no quesito satisfação com a comunidade (92,9%) nas respostas dos enfermeiros que atuavam nas ESF.

A Tabela 3 resume as informações relativas à avaliação dos profissionais sobre atividades de capacitação, presença de violência na comunidade e grau de motivação e criatividade em relação ao serviço. Nas unidades com ESF, 91,2% dos profissionais médicos e 92,9% dos enfermeiros afirmaram que o serviço ofertava capacitação, enquanto nas unidades tradicionais os valores encontrados foram 69,5% e 90,9%, respectivamente. Ainda, 95,6% dos médicos e 89,9% dos enfermeiros das unidades com ESF indicaram ter realizado capacitação na sua área de atuação no último ano, percentuais similares aos observados nas unidades tradicionais (88,8% dos médicos e 88,3% dos enfermeiros).

Os médicos e enfermeiros das unidades com ESF e os enfermeiros das UTRAD indicaram a capacitação em serviço como a principal estratégia de capacitação, enquanto entre os médicos das UTRAD a participação em congressos foi mais citada. Em relação à percepção do grau de violência na comunidade em que atuavam, 26,9% dos médicos e 40,3% enfermeiros

das unidades tradicionais relataram que era alto, enquanto nas unidades com ESF esses valores foram 60,4% e 73,7%, respectivamente. Altos índices de motivação, criatividade e orgulho pelo trabalho realizado foram apontados pela maioria dos profissionais nos dois modelos de atenção.

Tabela 1. Média (EP[†]) ou n (%) das características dos profissionais médicos e enfermeiros da rede de atenção primária à saúde de Curitiba de acordo com o tipo de unidade de saúde, 2008.

Característica	Médicos		Enfermeiros	
	UTRAD (N=223)	ESF (N=91)	UTRAD (N=77)	ESF (N=99)
Sexo				
Masculino	89 (39,9)	51 (56,0)	4 (5,2)	7 (7,1)
Feminino	134 (60,1)	40 (44,0)	73 (94,8)	92 (92,9)
Cor da pele				
Branca	193 (86,5)	78 (85,7)	66 (85,7)	83 (83,8)
Não branca	30 (13,5)	13 (14,3)	11 (14,3)	16 (11,1)
Estado civil				
Casado	146 (65,5)	58 (63,7)	50 (64,9)	64 (64,6)
Outros	77 (34,5)	33 (36,3)	27 (35,1)	35 (35,40)
Especialização				
Sim	199 (89,2)	70 (76,9)	46 (59,7)	63 (63,6)
Não	24 (10,8)	24 (23,1)	31 (40,3)	36 (36,4)
Residência em medicina de família e comunidade	7 (3,1)	10 (11,0)	-	-
Prova de título em medicina de família e comunidade	3 (1,4)	27 (29,7)	-	-
Residência ou prova de título em clínica médica	16 (7,2)	7 (7,7)	-	-
Residência ou prova de título em pediatria	87 (39,0)	12 (13,2)	-	-
Especialização em saúde pública	6 (2,7)	8 (8,8)	6 (7,8)	12 (12,1)
Especialização em saúde da família	8 (3,6)	19 (20,9)	10 (13,0)	18 (18,2)
Residência ou prova de título em ginecologia-obstetrícia	51 (22,9)	7 (7,7)	-	-
Especialização ou residência em enfermagem comunitária	-	-	-	3 (3,0)
Residência em medicina social	-	1 (1,1)	-	-
Residência multiprofissional	2 (0,9)	-	-	-
Outras especializações*	18 (8)	6 (6,6)	9 (11,7)	7 (7,6)
Idade (anos)	42,5 (0,65)	42,6 (1,28)	35,7 (0,83)	39,2 (0,86)
Tempo de formado (anos)	17,8 (0,70)	17,8 (1,13)	9,4 (0,82)	13,0 (0,84)
Número de locais de trabalho	2,9 (0,07)	1,8 (0,10)	1,3 (0,06)	1,1 (0,03)
Número de horas de trabalho/semana	50,1 (1,15)	50,2 (1,29)	46,2 (1,45)	42,7 (0,97)
Tempo de serviço (anos)				
US	5,8 (0,42)	5,2 (0,55)	2,0 (0,29)	4,0 (0,49)
SMS	8,1 (0,51)	10,1 (0,81)	3,5 (0,56)	6,8 (0,58)
Número médio de consultas na semana	74,3 (1,45)	121,2 (2,35)	44,3 (3,03)	50,0 (2,78)
% de carga horária semanal				
20 horas	217 (97,3)	-	2 (2,6)	-
40 horas	6 (2,6)	91 (100)	75 (97,4)	99 (100)
% de carga horária semanal por atividade				
Educação comunitária	2,5 (0,48)	5,3 (0,64)	10,4 (1,33)	11,3 (0,94)
Visitas domiciliares	1,2 (0,36)	8,8 (0,65)	8,2 (1,14)	11,9 (0,70)
Reuniões	2,6 (0,41)	6,0 (0,44)	9,2 (1,01)	7,9 (0,48)
Consulta demanda	44,6 (1,79)	41,4 (2,01)	31,0 (2,48)	27,8 (1,54)
Consulta programada	47,3 (1,82)	33,4 (1,78)	34,3 (2,67)	33,2 (1,74)
Discussão de caso	1,9 (0,39)	5,1 (0,71)	6,9 (0,93)	7,8 (0,72)

†EP - Erro padrão da média. * - Especializações não direcionadas à APS (cardiologia, hematologia, neurologia etc.).

Tabela 2. Frequência (%) de satisfação dos profissionais de acordo com tipo de unidade de saúde e categoria profissional da rede de atenção primária à saúde de Curitiba, 2008.

Satisfação	Médicos			Enfermeiros		
	UTRAD	ESF	p-valor ^s	UTRAD	ESF	p-valor ^s
Com o trabalho						
Satisfeito [†]	171 (76,7)	64 (79,3)		64 (83,1)	79 (79,8)	
Não satisfeito*	52 (23,3)	27 (29,7)	0,3014	13 (16,9)	20 (21,2)	0,7151
Com o coordenador						
Satisfeito [†]	187 (83,9)	67 (73,6)		68 (88,3)	80 (80,8)	
Não satisfeito*	36 (16,1)	24 (26,4)	0,0532	9 (11,7)	19 (19,2)	0,2533
Com a equipe						
Satisfeito [†]	199 (89,2)	75 (82,4)		68 (88,3)	89 (89,9)	
Não satisfeito*	24 (10,8)	16 (17,6)	0,1449	9 (11,7)	10 (10,1)	0,9269
Com a comunidade						
Satisfeito [†]	185 (83,0)	77 (84,6)		61 (79,2)	92 (92,9)	
Não satisfeito*	38 (17,0)	14 (15,4)	0,8487	16 (2,8)	7 (7,1)	0,0142

[†] Muito satisfeito ou satisfeito. *Indiferente ou insatisfeito ou muito insatisfeito. ^sAssociado ao teste χ^2 com correção de Yates.

Tabela 3. Frequência (%) de avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros da rede de atenção primária à saúde de Curitiba quanto a atividades de capacitação, percepção de violência na comunidade e grau de motivação e criatividade referentes ao serviço, 2008.

Característica	Médicos		Enfermeiros	
	UTRAD (N=223)	ESF (N=91)	UTRAD (N=77)	ESF (N=99)
Serviço oferece formação continuada				
Sim	155 (69,5)	83 (91,2)	70 (90,9)	92 (92,9)
Não	68 (30,5)	8 (8,8)	7 (9,1)	7 (7,1)
Realizou capacitação no último ano na área de atuação				
Sim	198 (88,8)	87 (95,6)	68 (88,3)	89 (89,9)
Não	25 (11,2)	4 (4,4)	9 (11,7)	10 (10,1)
Tipo de capacitação realizada [†]				
Congresso	146 (65,5)	58 (63,7)	13 (16,9)	16 (16,2)
Especialização	57 (25,6)	24 (26,4)	8 (10,4)	22 (22,2)
Ensino a distância	38 (17,0)	28 (30,8)	19 (24,7)	24 (24,2)
Capacitação em campo	107 (48,0)	70 (76,9)	62 (80,5)	81 (81,8)
Percepção do grau de violência				
Alto	60 (26,9)	55 (60,4)	31 (40,3)	73 (73,7)
Médio/baixo	163 (73,1)	36 (39,6)	46 (59,7)	26 (26,3)
Grau de motivação				
Alta	214 (96,0)	85 (93,4)	75 (97,4)	97 (98,0)
Baixa	9 (4,0)	6 (6,6)	2 (2,6)	2 (2,0)
Grau de criatividade				
Alta	208 (93,3)	86 (94,5)	76 (98,7)	98 (99,0)
Baixa	15 (6,7)	5 (5,5)	1 (1,3)	1 (1,0)
Sente-se orgulhoso do trabalho				
Sim	202 (90,6)	87 (95,6)	74 (96,1)	98 (99,0)
Não	21 (9,4)	4 (4,4)	3 (3,9)	1 (1,0)

[†] Diferentes tipos de capacitação podem ter sido realizados no período pelo mesmo profissional.

A Tabela 4 mostra a presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios de cada atributo, o Escore Essencial, o Escore Derivado e o Escore Geral da APS separadamente para as unidades tradicionais ou com ESF. Na maioria dos atributos, os escores médios alcançados pelas unidades com ESF superaram os das UTRAD, embora nos atributos acessibilidade e coordenação a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. As unidades com ESF também apresentaram maior percentual de alto escore ($\geq 6,6$) da APS, tanto nos atributos individuais quanto nos Escores Essencial, Derivado e Geral da APS.

Tabela 4. Escores[†] médios dos atributos e dos escores essencial, derivado e geral de atenção primária à saúde e frequência de alto escore (≥6,6) na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades tradicionais e com Estratégia Saúde da Família do município de Curitiba, 2008.

Atributo	Escore médio (IC 95%)			Escore alto (≥6,6)		
	UTRAD (N=300)	ESF (N=190)	P-valor [‡]	UTRAD n (%)	ESF n (%)	P-valor*
Atributos da Atenção Primária						
Acessibilidade	4,1 (3,9-4,2)	4,2 (4,0-4,4)	0,4331	12 (4,0)	11 (5,8)	0,4933
Longitudinalidade	6,0 (5,8-6,1)	6,6 (6,4-6,7)	<0,0001	102 (34,1)	97 (51,0)	0,0003
Coordenação do Cuidado	6,9 (6,7-7,0)	7,0 (6,8-7,1)	0,5301	191 (63,7)	127 (66,8)	0,5350
Coordenação Sistema Informação	8,3 (8,1-8,5)	8,5 (8,2-8,7)	0,1625	264 (88,0)	171 (90,5)	0,4823
Integralidade/serviços disponíveis	7,1 (7,0-7,2)	7,9 (7,8-8,0)	<0,0001	217 (72,3)	171 (90,0)	<0,0001
Integralidade/serviços prestados	6,0 (5,7-6,2)	8,3 (8,2-8,5)	<0,0001	150 (50,0)	172 (90,5)	<0,0001
Essencial	6,4 (6,3-6,5)	7,1 (7,0-7,2)	<0,0001	122 (40,7)	142 (74,7)	<0,0001
Orientação familiar	7,8 (7,6-8,0)	8,5 (8,3-8,7)	<0,0001	261 (87,0)	184 (96,8)	0,0004
Orientação comunitária	7,6 (7,4-7,8)	8,1 (7,9-8,3)	0,0001	232 (77,6)	168 (88,4)	0,0037
Derivado	7,7 (7,5-7,9)	8,3 (8,2-8,5)	<0,0001	237 (79,3)	178 (93,7)	<0,0001
Geral	6,7 (6,6-6,8)	7,4 (7,3-7,5)	<0,0001	167 (55,7)	163 (85,8)	<0,0001

[†] Os escores assumem valores de 0-10. [‡] Obtido pelo teste t para amostras independentes com estimativa conjunta das variâncias ou utilizando o método de Satterthwaite para variâncias diferentes. * Associado ao teste χ^2 com correção de Yates.

Os resultados da regressão de Poisson robusta univariável e multivariável são mostrados na Tabela 5. Considerando que existe uma forte correlação entre idade e tempo de formação, apenas esta variável foi utilizada nos modelos multivariáveis. Quando as duas categorias profissionais foram avaliadas em conjunto (modelo geral), unidades com ESF (RP=1,44; IC95%: 1,27-1,62) estavam associadas com um aumento da prevalência de Alto Escore Geral da APS, mesmo ajustando para tempo de formado, carga de trabalho semanal, tempo de serviço na SMS, ter realizado alguma especialização, profissão e formação em medicina de família ou enfermagem comunitária. Por outro lado, ser profissional médico em relação ao enfermeiro (RP=0,87; IC95%: 0,78-0,99) estava associado com uma diminuição da prevalência de Alto Escore Geral da APS.

Tabela 5. Associação[†] entre a presença de Alto Escore Geral da APS com seus preditores entre profissionais médicos e enfermeiros da rede de atenção primária à saúde de Curitiba, 2008.

Preditores	Modelo Geral: médicos e enfermeiros		Modelo Estratificado: médicos		Modelo Estratificado: enfermeiros	
	Univariável	Multivariável	Univariável	Multivariável	Univariável	Multivariável
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Tipo de unidade (ESF x UTRAD)	1,54 (1,37-1,73)	1,44 (1,28-1,62)	1,74 (1,49-2,03)	1,42 (1,13-1,79)	1,16 (0,99-1,35)	1,16 (0,98-1,37)
Sexo (M x F)	0,87 (0,75-1,00)		1,03 (0,86-1,23)		0,78 (0,49-1,22)	
Idade (aumento de 10 anos)	0,95 (0,90-1,02)		0,99 (0,91-1,08)		0,99 (0,90-1,08)	
Profissão: médico x enfermeiro***	0,74 (0,66-0,83)	0,87 (0,78-0,99)				
Especialização (sim x não)	0,80 (0,71-0,91)	0,89 (0,77-1,02)	0,79 (0,64-0,96)		0,94 (0,82-1,09)	
Tempo de formado (aumento de 5 anos)	0,97 (0,94-1,00)	0,98 (0,95-1,03)	0,98 (0,94-1,03)	0,98 (0,93-1,04)	1,00 (0,96-1,05)	0,99 (0,93-1,05)
Formação em medicina de família ou enfermagem comunitária**	1,19 (1,04-1,36)	1,08 (0,93-1,25)				
Formação em medicina de família*			1,43 (1,21-1,69)	1,06 (0,88-1,28)		
Formação em enfermagem comunitária***					1,24 (1,16-1,34)	1,16 (1,05-1,29)
Carga de trabalho semanal (aumento de 1h)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)
Tempo de serviço na SMS (aumento de 1 ano)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,98-1,02)	1,00 (0,99-1,01)	1,00 (0,99-1,02)
Número de consultas semanais (aumento de 10 consultas) *			1,08 (1,06-1,11)	1,04 (1,00-1,07)		

[†] Razão de prevalências (RP) estimada usando modelo de regressão de Poisson robusta. * Apenas para o modelo estratificado por profissão: médicos. ** Apenas para o modelo geral: médicos + enfermeiros. *** Apenas para o modelo estratificado por profissão: enfermeiros.

Nos modelos multivariáveis estratificados, entre os médicos, a presença de alto escore geral da APS estava associada positivamente com unidade com ESF (RP=1,42; IC95%: 1,13-1,79) e número de consultas semanais (para um aumento de 10 consultas semanais, RP=1,04; IC95%: 1,00-1,07). O tempo de formado, possuir formação em medicina de família, carga horária semanal e tempo de serviço na SMS não apresentaram associação significativa. Para os enfermeiros, possuir formação em enfermagem comunitária (RP=1,16; IC95%: 1,05-1,29) estava associado positivamente com a presença de alto escore geral da APS, mesmo ajustando para o tempo de formado, carga de trabalho semanal, tempo de serviço na SMS e tipo de serviço.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam que, em Curitiba, na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros, as unidades com ESF possuem maior presença e extensão dos atributos da Atenção Primária. As unidades ESF de Curitiba parecem apresentar maior proporção de profissionais com formação específica em medicina de família e comunidade do que o relatado em estudos realizados com profissionais do estado do Rio Grande do Sul¹⁷ e também da cidade de Porto Alegre¹⁸, e sugerem apontar para o maior interesse na formação e em titulação específica na área pelos profissionais das unidades com ESF de Curitiba.

Além disso, os resultados observados pela distribuição da carga horária em relação às atividades diárias desenvolvidas sugerem que nas unidades que atuam com ESF as ações educativas, as visitas domiciliares e a discussão de casos são mais frequentes, demonstrando, embora timidamente, uma mudança de prática das equipes da ESF. A permanência dos profissionais das equipes durante oito horas diárias nas unidades com ESF parece contribuir para que sejam desenvolvidas outras atividades além das consultas espontâneas ou programadas.

Os altos índices de satisfação apresentados nos dois modelos (acima de 73,6% em todos os quesitos) demonstram que os profissionais médicos e enfermeiros da APS em Curitiba possuem bom vínculo com o trabalho, com o coordenador, com a equipe e com a comunidade.

Estudos realizados por Guanais e Macinko^{19,20} têm demonstrado que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem grande relação com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e dos internamentos por condições sensíveis à atenção ambulatorial como diabetes e problemas respiratórios, devido à melhoria do acesso da população à atenção primária. Porém, no presente estudo, a acessibilidade é o atributo com menor escore médio e, apesar do melhor resultado nas unidades com ESF, não atinge o nível de 6,6 (ponto de corte), sendo assim considerado um baixo escore. Observando vários estudos que utilizaram o PCATool, verificamos que os resultados não são homogêneos. Nos estudos com usuários e profissionais de saúde realizados em Petrópolis²¹ e no município de São Paulo²², os resultados obtidos dos profissionais de saúde foram superiores no quesito do acesso quando comparados aos usuários. Ibañez et al.²³ encontraram resultados semelhantes para o atributo acesso quando pesquisado em usuários e trabalhadores entre unidades ESF e UTRAD, apontando valores medianos para este atributo. Em um estudo realizado em Porto Alegre, Cunha et al.¹⁷ encontraram alto escore no atributo acessibilidade em ambos os modelos, com uma diferença significativa a favor da ESF. No presente estudo, em consonância com vários estudos nacionais que utilizaram o PCATool, o resultado foi divergente, apontando baixo escore médio. Este atributo também apresentou baixo escore em estudo internacional que utilizou a mesma metodologia e foi realizado por Haggerty et al.²⁴, com usuários e profissionais no Quebec. No seu estudo, Haggerty menciona que, em uma pesquisa nacional sobre acesso aos serviços de cuidados de saúde, 18,8% dos canadenses relataram ter dificuldades para acessar esses serviços para problemas de saúde agudos em 2001, e estes índices aumentaram para 24,2% em 2003. Outros estudos que utilizam metodologias diversas²⁵ reforçam esse resultado, apontando que o primeiro contato dos usuários com o sistema ainda apresenta barreiras a serem superadas.

O atributo acessibilidade é avaliado no PCATool, em alguns itens, considerando a disponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários fora do atendimento normal da Unidade de Saúde, como períodos noturnos e finais de semana, principalmente relacionados a eventos agudos. No entanto, isto não corresponde à realidade do modelo de atenção primária aplicado no Brasil, o que nos faz refletir sobre a necessidade de adaptação do instrumento de avaliação ou de uma mudança no modelo de atenção, aumentando a disponibilidade do serviço ao cidadão, mantendo o vínculo e diminuindo a procura por serviços de pronto-atendimento.

É conveniente ressaltar que a organização dos serviços da APS de Curitiba apresenta diferenças importantes em relação a outros locais onde o PCATool foi aplicado, com estruturas de APS padronizadas com atendimento de segunda a sexta-feira no período diurno. Em Curitiba, o sistema municipal de saúde está estruturado com centros municipais de urgências médicas, que atendem às demandas dos usuários nos horários em que as unidades não estão abertas, mas aspectos de acessibilidade próprios das unidades de APS de Curitiba devem ser revisados a fim de que se garanta esse atributo essencial.

Em relação à longitudinalidade, o presente estudo revela baixo escore nas unidades tradicionais e alto escore nas unidades com ESF, sugerindo que os profissionais destas equipes percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor sua população eletiva. Este resultado é semelhante aos encontrados nos estudos realizados em municípios do Estado de São Paulo por Ibañez et al.²³. Nos resultados apresentados por Elias et al.²², referentes ao município de São Paulo, foi encontrada diferença significativa entre as unidades com ESF e as unidades tradicionais apenas no estrato de maior exclusão.

Por outro lado, os atributos da coordenação do cuidado e da coordenação do sistema de informação obtiveram alto escore nos dois modelos de atenção, o que demonstra a importância do investimento feito pelo município no sistema informatizado, que é um elemento facilitador, seja nos resultados dos exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados *on-line* no prontuário, ou na operacionalização da marcação de consultas especializadas. O resultado do atributo coordenação do cuidado em Curitiba é semelhante ao encontrado na região Centro-Oeste²⁶, mas difere dos estudos em municípios do Estado de São Paulo, em que Ibañez classifica como “insuficientes”, semelhantemente aos resultados de Porto Alegre relatados por Oliveira¹⁵ e Cunha et al.¹⁷.

No atributo da integralidade/serviços disponíveis, foram observados escores médios elevados nos dois modelos, ainda que com melhor desempenho nas unidades com ESF, em contraposição à integralidade/serviços prestados, em que as unidades tradicionais apresentaram baixo escore e as unidades com ESF, alto escore.

Em ambos os modelos, os atributos orientação comunitária e orientação familiar obtiveram altos escores, diferindo de outros estudos realizados no País, nos quais, apesar do melhor resultado das unidades com ESF, os valores encontrados são caracterizados como de baixo escore^{22,23,26}. O alto desempenho encontrado em Curitiba pode ser atribuído aos princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presentes em ambos os modelos.

Na avaliação do escore geral, que abrange todos os atributos, as UTRADS obtiveram, em média, escore de 6,7 e as unidades com ESF obtiveram o alto escore de 7,4, apontando maior presença e extensão dos atributos da APS neste último modelo, em Curitiba, na visão dos profissionais. Em Porto Alegre, em um estudo realizado com usuários, a avaliação do escore geral relatada por Oliveira¹⁵ também aponta melhor resultado nas unidades com ESF, apesar de nos dois modelos os valores encontrados serem inferiores aos apresentados neste estudo, em Curitiba.

Os modelos multivariáveis, considerando conjuntamente médicos e enfermeiros (Modelo Geral) e estratificado com médicos, evidenciam que o aumento da prevalência de Alto Escore Geral da APS está associado com o tipo de unidade (ESF). O maior número de consultas médicas semanais também aparece associado com o aumento da prevalência do Alto Escore Geral da APS no modelo estratificado para médicos.

Conclusão

Os resultados revelam melhor desempenho dos atributos da APS nas unidades com ESF, o que está relacionado, entre outros fatores, com a melhor qualificação dos seus profissionais na APS. Na análise comparativa entre as unidades tradicionais e as unidades com ESF, os resultados sugerem melhor desempenho das unidades com ESF. No entanto, um aspecto a ser considerado neste estudo está nas características peculiares da APS no município de Curitiba, com uma estruturação de UTRAD que não corresponde à organização encontrada em outros municípios brasileiros, não permitindo que os resultados sejam generalizados.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
2. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalan-Ramos A, Sans-Corrales M, et al. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract*. 2007 Feb; 24 (1): 41-7. PMID:17079249. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cml056>
3. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007 Jul-Ago; 5(4): 336-44. <http://dx.doi.org/10.1370%2Fafm.682>

4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS. Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios - Memórias. Brasília: Athalaia; 2007. 92 p. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Controle%20e%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social/Estudos%20e%20artigos%20correlatos/Lvr_MovSantDec70.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8th Conferência Nacional de Saúde; VIII Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília. Brasília: MEC; 1986. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Anais.pdf
6. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. [acesso em 18/12/2008]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil. 147. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_brasil_agosto_2008.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php#diretriz
9. Ducci L. O sistema de saúde em Curitiba. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 15-19.
10. Silveira AD Fº, Oliveira CA, Ribeiro EM, Lopes MGD. Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 239-51.
11. Szwarcwald CL, Luhm KR, Oliveira VLA. "Vigiando" e promovendo a saúde no território municipal. In: Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 121-3.
12. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract.* 2001; 50(2): 161-75.
13. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006A; 6(156). PMID:17147819 PMCid:PMC1790713. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-6-156>
14. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica.* 2006 Ago; 22(8): 1649-59. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>
15. Oliveira MMC. 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. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12649>
16. Spiegelman D, Hertzmark E. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *Am J Epidemiol.* 2005 Ago; 162(3): 199-200. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwi188>
17. Cunha CRH, Harzheim E, Duncan BB. 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; 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13684>
18. Silva VS, Harzheim E, Castro ED Fº, Agostinho MR, Esperandio E, Soares GV, et al. Perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família participantes do Projeto Telessaúde-RS. *Rev HCPA.* 2008; 28(Suppl):147. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/1614/1123/>
19. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009; 32(2): 78-9. PMID:19305223. <http://dx.doi.org/10.1097/JAC.0b013e31819942e51>
20. Macinko J, Guanais F, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60: 13-9. PMID:16361449 PMCid:PMC2465542. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.038323>
21. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007; 22(3): 167-77. <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czm008>
22. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohr A, Kishima V, Escrivão A Jr, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2006 Jul-Set; 11(3): 633-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>
23. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300016>
24. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunnelle Y, Gauthier J, Goulet F, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Ann Fam Med.* 2008; 6(2): 116-23. PMID:18332403 PMCid:PMC2267415. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.802>
25. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(Suppl 1):s100-s10. PMID:18660895. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>
26. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. 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(Suppl 1): s148-s58. PMID:18660899. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

EDITORIAL

Atención Primaria fuerte es aquella que dispone de instrumentos que le permiten medir la calidad que ofrece (para su continuo mejoramiento)	
<i>Atenção Primária forte é aquela com instrumentos que permitem medir a qualidade que oferece (para melhorá-la continuamente)</i>	
<i>Strong Primary Care is that one which has instruments that allow measuring the quality it offers (to improve it continuously)</i>	
Juan Gérvás.....	223
PCATool: instrumento de avaliação da atenção primária	
<i>PCATool: primary care assessment tool</i>	
<i>PCATool: instrumento de evaluación de la atención primaria</i>	
Armando Henrique Norman, Josane Araujo Norman	225
ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES / ARTÍCULOS ORIGINALES	
La experiencia de continuidad con el proveedor de atención primaria en escolares	
<i>A experiência de continuidade com o provedor de atenção primária em escolares</i>	
<i>The experience of continuity with the primary care provider with schoolchildren</i>	
Carolina Rivera, Gabriela Felló, Silvina Berra	227
A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus	
<i>Primary health care quality and diabetes care</i>	
<i>La calidad de la atención primaria y el manejo de la diabetes mellitus</i>	
Marcelo Rodrigues Gonçalves, Erno Harzheim, Aline do Amaral Zils, Bruce Bartholow Duncan.....	235
Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde	
<i>Translation, adaptation, validity and reliability of the Instrument for Assessment of Primary Health Care (PCATool) in Brazil: version of health professionals</i>	
<i>Traducción, adaptación, validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de la Atención Primaria de Salud (PCATool) en Brasil: versión profesionales de la salud</i>	
Lisiane Hauser, Rodrigo Caprio Leite de Castro, Álvaro Vigo, Thiago Gomes da Trindade, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Airton Tetelbom Stein, Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim.....	244
PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida	
<i>PCATool-ADULT-BRAZIL: a reduced version</i>	
<i>PCATool-ADULTO-BRASIL: una versión reducida</i>	
Mônica Maria Celestina de Oliveira, Erno Harzheim, João Riboldi, Bruce Bartholow Duncan.....	256
Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil	
<i>Assessing the quality of care for the elderly in services from public primary health care in Porto Alegre, Brazil</i>	
<i>La evaluación de la calidad de la atención a los ancianos en los servicios públicos de atención primaria de salud en Porto Alegre, Brasil</i>	
Elise Botteselle de Oliveira, Mary Clarisse Bozzetti, Lisiane Hauser, Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim	264
Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos	
<i>Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults</i>	
<i>Validación del instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud: PCATool-Brasil adultos</i>	
Erno Harzheim, Mônica Maria Celestina de Oliveira, Milena Rodrigues Agostinho, Lisiane Hauser, Airton Tetelbom Stein, Marcelo Rodrigues Gonçalves, Thiago Gomes da Trindade, Silvina Berra, Bruce Bartholow Duncan, Barbara Starfield	274
Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil	
<i>Evaluation of primary health care attributes in Chapecó, Brazil</i>	
<i>Evaluación de los atributos de la atención primaria de salud en Chapecó, Brasil</i>	
Angela Moreira Vitoria, Erno Harzheim, Sílvia Pasa Takeda, Lisiane Hauser	285
Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba	
<i>Evaluation of the presence and extension of the attributes of primary care in Curitiba</i>	
<i>Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de la atención primaria en Curitiba</i>	
Eliane Chomatas, Alvaro Vigo, Inês Marty, Lisiane Hauser, Erno Harzheim	294