

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil

Lisiane Hauser

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, janeiro de 2012

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção
Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil**

Lisiane Hauser

Orientador: Prof.Dr. Álvaro Vigo

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

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

Porto Alegre, Brasil.
2012

CIP - Catalogação na Publicação

Hauser, Lisiane

Validade e fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil / Lisiane Hauser. - 2012. 94 f.

Orientador: Álvaro Vigo.
Coorientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços. 3. Mensuração de escala na saúde. 4. Validade. 5. Fidedignidade. I. Vigo, Álvaro, orient. II. Harzheim, Erno, coorient. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

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

Profa. Dra. Jandyra Maria Guimarães Fachel, Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

“Que os vossos esforços desafiem as
impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que
parecia impossível”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Muitos foram importantes, alguns imprescindíveis.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e a todos os seus professores, pelo aprendizado desenvolvido durante esta formação.

Aos meus amigos e colegas de mestrado, pelo agradável convívio, trocas de experiências e incentivo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária pela acolhida, vivência e apoio.

Aos meus pais, Cladis e Flavio, pelo apoio, pelo carinho, pela confiança e zelo com que sempre cuidaram da minha caminhada.

Ao meu irmão, Eduardo, por tudo.

Ao Lucas pela compreensão de dividir nossas horas de convívio com muitas horas de estudo, pelo incentivo e carinho em todos os momentos.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Jandyra Guimarães Fachel, Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue e Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, pela disponibilidade e importantes contribuições neste trabalho.

Para todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço imensamente aos meus orientadores, Prof. Dr. Álvaro Vigo e Prof. Dr. Erno Harzheim, pelo incentivo, pelos valiosos ensinamentos, pela disponibilidade e pela paciência. Por tudo o que aprendi com vocês.
Pelo exemplo profissional e humano.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	11
2. INTRODUÇÃO	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 Atenção Primária à Saúde	
3.1.1 Contexto histórico	16
3.1.2 Conceito Operacional da APS	17
3.1.3 Evidências da efetividade da APS sobre a saúde da população	19
3.1.4 APS no Brasil	20
3.1.5 Estudos de avaliação da ESF	22
3.2 Avaliação de Serviços de APS	
3.2.1 Qualidade da atenção em saúde	23
3.2.2 Avaliação da qualidade da atenção à saúde	25
3.2.3 Instrumento para avaliação da qualidade da atenção	27
3.3 Validade e Fidedignidade	
3.3.1 Validade e fidedignidade de escalas.....	28
3.3.2 Estudos de validação do PCATool.....	30
4. OBJETIVOS	33
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
6. ARTIGO	42
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
8. ANEXOS	
Anexo 1 – Documentos relativos à aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa.....	70
Anexo 2 – Questionário aplicado aos profissionais de saúde, incluindo o <i>Primary Care Assessment Tool</i> (PCATool), versão adaptada e traduzida	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos itens, escore médio e cargas fatoriais para validade fatorial	58
Tabela 2 – Distribuição de itens dos atributos (ou componentes) da APS nos fatores obtidos pela análise fatorial	62
Tabela 3 – Medidas de fidedignidade e discriminação para os atributos da APS	63

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool

SAS – Statistical Analysis Software

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

CSEM – Centro de Saúde Escola Murialdo

SSC – Serviço de Saúde Comunitária

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de saúde da Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

ELB – Estudos de Linha de Base

RESUMO

O surgimento de novas tecnologias em saúde e a diversidade dos modelos assistenciais tornou necessária a investigação sobre a qualidade dos cuidados médicos e dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária. O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi desenvolvido para medir a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) nas perspectivas de usuários, profissionais e gestores. Esse instrumento foi elaborado 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. Na literatura internacional os atributos da APS são reconhecidos como eixo estruturante do processo de atenção, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e a eficiência de suas intervenções. O objetivo deste estudo foi avaliar a validade e a fidedignidade do PCATool na versão profissionais, traduzido e adaptado para o Brasil, em um estudo transversal com 340 profissionais médicos e enfermeiros dos serviços públicos de APS em Porto Alegre. Foram avaliadas a validade fatorial, a consistência interna e a estabilidade no tempo. Na análise fatorial exploratória foram retidos 9 fatores, explicando aproximadamente 75% da variação total. A avaliação da consistência interna mostrou alfa de Cronbach variando de 0,28 a 0,90. Estabilidade temporal foi observada para todos os atributos à exceção de orientação familiar ($p < 0,05$). Os atributos da APS foram captados pelos primeiros nove fatores na análise fatorial, identificando-se, assim, a natureza multidimensional do instrumento e conceitual do fenômeno. Essa avaliação sugere que o instrumento é útil para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de atenção primária, 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, Mensuração de escala na saúde, Validade, Fidedignidade.

ABSTRACT

The emergence of new technologies in healthcare and the variety of assistance models has created a need for assessing the quality of healthcare services, especially primary healthcare services. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) was developed in order to measure the presence and extension of Primary Care attributes from the perspective of the users, healthcare professionals, and managers. This tool was formulated by considering the conceptual framework based on primary attributes (first contact access, longitudinally, integrity and coordination) and secondary attributes (family counseling, community counseling and cultural competence). In the international literature, Primary Healthcare attributes are recognized as the structural axis of the attention process associated with the quality of services, effectiveness and efficiency of its intervention. The objective of the present study was to assess the validity and reliability of the PCATool from the perspective of healthcare professionals, translated and adapted for the Brazilian context. Therefore, a cross-sectional study of 340 healthcare professionals within the public Primary Healthcare service in Porto Alegre was carried out. Factorial validity as well as internal consistency and stability over time were assessed. Nine factors were retained in the exploratory factorial analysis explaining approximately 75% of the total variation. These factors are identified with the Primary Healthcare attributes characterizing the multidimensional nature of the tool and the conceptual nature of the phenomenon. For internal consistency assessment, Cronbach's alpha coefficient estimates ranged from 0.28 to 0.90. Temporal stability was observed for all attributes but family counseling ($p < 0.05$). The results of this assessment suggest that the PCATool can be useful to measure the quality of the Primary Healthcare services from the perspective of healthcare professionals. The tool can be used either for identification, monitoring and assessment of the Primary Healthcare attributes within healthcare services or comparative studies.

Key words: Primary Health Care, Health Service Assessment, Health Measurement Scales, Validity, Reliability.

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Validade e fidedignidade do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) versão profissionais de saúde, no Brasil**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 27 de janeiro de 2012. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

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

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como o primeiro nível de um sistema de saúde caracterizado como a porta de entrada dos usuários para suas novas ou já estabelecidas necessidades e problemas. Fornece atenção sobre a pessoa, no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outros lugares ou por terceiros (STARFIELD, 2002a). Assim, é possível reconhecer os quatro atributos essenciais da APS (o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade e a integralidade da atenção e a coordenação da atenção dentro do sistema), bem como os três atributos derivados (a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural). Portanto, a partir deste conceito operacional, um serviço de APS é definido pela presença dos quatro atributos essenciais, sendo ainda mais qualificado pela presença dos atributos derivados. Embora estejam fortemente relacionados, os atributos podem ser medidos individualmente.

No cenário mundial a Atenção Primária à Saúde exerce um importante papel na organização dos sistemas de saúde e tem se consolidado como uma das formas mais equitativas e eficientes (STARFIELD et al., 2005; WHO, 2008). A partir da década de 90 foi observado um aumento substancial na quantidade de estudos apontando o impacto positivo de sistemas orientados pela APS, no que diz respeito à provisão de melhores cuidados em saúde para suas populações. Pontualmente, as evidências indicam mais efetividade e eficiência na atenção à saúde, aumento na promoção da equidade, melhor continuidade da atenção e maior satisfação dos usuários; quando os sistemas de serviços de saúde são baseados na APS (BIXBY, 2004; GULLIFORD, 2002; MOORE et al., 2003; BINDMAN et al., 1995; MACINKO et al., 2003a;

VILLALBÍ et al., 2003; SHI et al., 1999; SHI e STARFIELD, 2000; SHI et al., 2003; SHI et al., 2005).

Diante do notável avanço da APS, diferentes quadros conceituais foram desenvolvidos (CAMPBELL et al., 2000; MURRAY e FRENK, 2000; KRUK e FREEDMAN, 2008), também incluindo os atributos da atenção primária (STARFIELD, 2002a; HAGGERTY et al., 2007, HOGG et al., 2008) para avaliar a qualidade da atenção à saúde no que diz respeito a eficiência, eficácia e equidade. O crescente interesse para medir, avaliar e melhorar a qualidade da atenção à saúde e o desempenho organizacional tem fornecido um amplo número de instrumentos que possibilitam a avaliação da qualidade dos serviços de saúde (HUSSEY et al., 2009; MURRAY e FRENK, 2008; DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA et al., 2007; GIUFFRIDA et al., 1999; OHMAN et al., 2007; MEAD et al., 2008; SHI et al., 2001; SAFRAN et al., 1998).

Nesse sentido, Starfield e colaboradores produziram o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool) nas versões para usuários crianças (*Child Consumer/Client Survey*), usuários adultos (*Adult Consumer/Client Survey*), profissionais de saúde (*Provider Survey*) e gestores (*Facility Survey*). As versões usuário criança e usuário adulto foram validadas nos Estados Unidos (CASSADY et al., 2000; SHI et al., 2001). O PCATool é constituído de perguntas cujo objetivo é mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, possibilitando estimar o grau de orientação à APS. Esse instrumento destaca-se pela sua disponibilidade em múltiplas versões e rigoroso processo de avaliação da validade e fidedignidade realizadas nas versões originais usuário criança e usuário adulto (MALOUIN et al., 2009).

O PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, incluindo o Brasil (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010;

ALMEIDA e MACINKO, 2006), Espanha (PASARÍN et al., 2007), Canadá (HAGGERTY et al., 2008), Coréia do Sul (LEE et al., 2009), Hong Kong (WONG et al., 2010) e Argentina (BERRA et al, 2011b). Está em fase de tradução e adaptação em Porto Rico (PRHSRI, 2011) e no Uruguai (PIZANELLI et al., 2011) e vem também sendo utilizado em Nova Zelândia (JATRANA et al., 2011) e Taiwan (TSAI et al., 2010).

No Brasil, foram realizadas duas adaptações distintas desse instrumento. A adaptação realizada por Harzheim et al. (2006) foi aplicada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), e avaliou a validade das versões usuário criança e usuário adulto do PCATool (HARZHEIM et al., 2010). Por outro lado, uma adaptação realizada por Almeida e Macinko (ALMEIDA e MACINKO, 2006) foi utilizada no município de Petrópolis, Rio de Janeiro (RJ), e resultou na validação das versões usuário criança, usuário adulto e profissionais de saúde. Entretanto, os processos de adaptação e também de validação desses estudos foram diferentes, haja vista que Almeida e Macinko (2006) consideraram escalas distintas do instrumento original e, também, os sete atributos de maneira unidimensional.

Importantes inovações foram realizadas na APS desde os anos 1990, no Brasil. O Programa Saúde da Família (PSF) foi instituído para reorientar a atenção primária no país (BRASIL, 1994) e, posteriormente, teve o seu conceito ampliado, sendo denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1998). Essa estratégia foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a expansão da APS e, conseqüentemente, reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1998), representando o aumento em equipes da ESF no país e financiamento das ações em atenção primária.

No entanto, a implantação dessa estratégia não assegura a efetiva aplicação dos princípios da APS nos serviços de saúde e, portanto, é 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. Dessa forma, contribui para que a tomada de decisões sobre os serviços seja embasada em evidências e para o melhoramento contínuo da qualidade da atenção (VILLALBÍ et al., 2003).

Neste sentido, é importante a disponibilidade de um instrumento válido e fidedigno que permita avaliar nacionalmente a qualidade nos serviços de atenção primária à saúde e, particularmente, mensurar a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS.

Segundo Serapioni (2009) a avaliação deve se fundamentar em um enfoque múltiplo, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores com perspectivas próprias de avaliação. Esses diferentes atores devem ter suas perspectivas integradas para especificar a qualidade da atenção no serviço de saúde, pois tendem a privilegiar um aspecto ou outro da qualidade. Sendo assim, é importante não apenas considerar a avaliação dos usuários, mas também a avaliação dos profissionais de saúde sobre a presença e extensão dos atributos da APS.

O objetivo deste estudo, por conseguinte, foi avaliar a validade e a fidedignidade do instrumento de avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde (PCATool) na versão dos profissionais, traduzido e adaptado para o Brasil.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

3.1.1 Contexto histórico

No cenário mundial do século XX, a área da saúde foi marcada por diversas discussões que almejavam enfrentar as desigualdades e injustiças sociais que acometem uma enorme e ascendente parte da população. Essas discussões constituíram o pedestal dos princípios e conceitos da Declaração de Alma Ata (1978), na qual os cuidados primários de saúde foram assegurados como parte integrante do sistema de saúde de um país, e considerada a função central e o foco principal no desenvolvimento socioeconômico global da comunidade. Nesse sentido, a saúde passou a ser considerada um direito humano fundamental e, a atenção primária requerida, como a principal estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (MACINKO et al., 2003b; MENDES, 2002; STARFIELD, 2002a; OMS, 1980).

No ano de 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base de atenção primária dos serviços de saúde. Conhecida como a Carta de Lubliana, orienta os países para instituírem na reforma de seus sistemas de saúde o direcionamento à APS, bem como promover cuidados integrais e continuados dentro das especificidades culturais. Neste mesmo ano, esses princípios foram empregados pela comunidade Européia, onde os países tem longa tradição de luta em direção à equidade e solidariedade (STARFIELD, 2002a; WHO, 1996).

Na maioria dos países das Américas, os custos crescentes, serviços ineficientes e de baixa qualidade, orçamentos públicos reduzidos e avanços tecnológicos motivaram as diversas reformas de saúde introduzidas durante as três últimas décadas. Embora consideráveis investimentos tenham sido realizados, a maioria das reformas produziu resultados limitados, mistos ou até mesmo negativos em termos de melhoria da saúde e da equidade (OPAS, 2005).

Em 2005 a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) se posicionou com o documento intitulado “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas”, no qual enfatiza que:

“...a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde e que basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. Definimos um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente da organização e da operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade e a solidariedade. Tal sistema é guiado pelos princípios da APS de receptividade, orientação de qualidade, responsabilização governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade” (OPAS, 2005).

Estes aspectos estimularam a definição e implementação de políticas públicas e serviços de saúde com orientação pela APS e, em conjunto, a necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação dos serviços oferecidos à população.

3.1.2 Conceito operacional da APS

Durante décadas houve diversas tentativas de definir a APS, considerando, por exemplo, o tipo de médico que a exerce, a natureza dos problemas de saúde, a duração da responsabilidade, o local de prestação do atendimento, o uso de tecnologia, o padrão de encaminhamentos, entre outros. No entanto, para fins de avaliação da APS é necessário utilizar uma definição que operacionalize as medidas das funções. Dessa maneira, no início dos anos 70, foram propostas, por meio do Relatório Mills e do Instituto de Medicina Americano, definições de APS que contemplavam as suas funções.

A partir disso, Starfield (2002a) reuniu as diferentes propostas e estruturou o que pode ser considerado o marco teórico do conceito moderno de APS. Segundo essa autora, a atenção primária é o nível de um sistema de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Também integra a atenção quando há mais de um problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença se desenvolve, e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a APS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos,

tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002a).

Essa definição sistematiza o conceito de APS com a caracterização de atributos essenciais e atributos derivados, como o primeiro nível de assistência, assinalado, principalmente, pela longitudinalidade e pela integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, atenção centrada na família, orientação comunitária das ações e competência cultural dos profissionais. Nesse sentido, são definidos os quatro atributos essenciais:

- *Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde:* implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde;
- *Longitudinalidade da atenção:* pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Exige também o vínculo de confiança entre as pessoas e os profissionais de saúde;
- *Integralidade da atenção:* implica que a atenção primária deve fazer arranjos para que o paciente receba todos os serviços de saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos pela APS. A integralidade exige o reconhecimento da variedade completa de necessidades do paciente e a disponibilização dos recursos para abordá-las; e,
- *Coordenação da atenção dentro do sistema:* é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. A coordenação exige que o profissional ou serviço de APS integre e oriente o cuidado do paciente através do Sistema de Saúde;

Também são definidos os três atributos derivados:

- *Orientação familiar:* está presente quando a atenção integral considera o contexto familiar e quando a coordenação utiliza os recursos familiares;
- *Orientação comunitária:* está presente quando o conhecimento das necessidades requer o conhecimento do contexto social. Refere-se ao reconhecimento das necessidades da comunidade e ao planejamento e avaliação conjunta de serviços; e,

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

Portanto, um serviço de saúde é orientado para a APS quando estão presentes os quatro atributos essenciais, exclusivos da atenção primária, sendo qualificado pela presença dos atributos derivados. A avaliação geral dos atributos permite medir o quanto um serviço de saúde está orientado à APS. Por outro lado, os atributos podem também ser medidos separadamente, permitindo verificar a presença e a extensão de cada um no serviço de saúde. Além disso, a avaliação dos atributos possibilita identificar associações com desfechos em saúde.

3.1.3 Evidências da efetividade da APS sobre a saúde da população

Na literatura são encontrados diversos estudos que contribuem com evidências de que um maior grau de orientação à APS está associado ao aumento da efetividade dos sistemas de saúde e da promoção da equidade (BIXBY, 2004; GULLIFORD, 2002; MOORE et al., 2003; BINDMAN et al., 1995; MACINKO et al., 2003a; VILLALBÍ et al., 2003; SHI et al., 1999; SHI e STARFIELD, 2000; SHI et al., 2003; SHI et al., 2005). Além disso, serviços com maior orientação à APS apresentam usuários mais satisfeitos (STARFIELD, 1994) e maior eficiência do sistema (STARFIELD, 1994, STARFIELD, 2002a).

Em um estudo comparativo entre 11 nações industrializadas ocidentais foi observado que os países fortemente orientados à APS apresentam melhores classificações nos 14 indicadores de saúde utilizados, na satisfação dos usuários e em relação aos gastos per capita (STARFIELD, 1994). Em outro estudo, comparando os sistemas de saúde de 33 nações industrializadas, foi encontrado que um maior grau de orientação à APS está associado a menores custos em saúde, ao passo que aqueles com fraca orientação à APS possuem também piores indicadores gerais de saúde (STARFIELD e SHI, 2002b).

No período de reforma do sistema de saúde dos países desenvolvidos integrantes da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico foi realizado estudo que evidencia a associação entre um maior grau de orientação à APS e a diminuição das taxas de mortalidade geral, mortalidade geral prematura e também mortalidade

prematura por doenças pulmonares e cardiovasculares (MACINKO et al., 2003a). No período da reforma do sistema de saúde em Barcelona foram obtidas evidências de que um estágio da reforma mais avançado estava relacionado com menores taxas de mortalidade perinatal e geral, principalmente nas zonas de baixo nível socioeconômico (VILLABÍ et al., 1999).

Nos países em desenvolvimento também são encontradas evidências de que a APS produz impacto positivo nos indicadores de saúde. Na década de 90, 22 países da América Latina e o Caribe participaram de estudo no qual se observou que dos cinco fatores relacionados à diminuição da mortalidade infantil, dois são ações dos serviços de APS: cobertura vacinal e uso de terapia de reidratação oral (MOORE et al., 2003). Na Costa Rica foram obtidas evidências de redução no percentual de pessoas sem acesso equitativo aos serviços de APS nas áreas nas quais foi adotado um processo de reforma em direção a APS (BIXBY, 2004).

O grau de orientação à APS foi estimado utilizando como medida “proxy” a proporção de médicos de APS (médicos de família e comunidade, médicos internistas e pediatras). Maiores proporções de médicos de APS na população estavam associadas com menor taxa de hospitalização (PARCHMAN e CULLER, 1994), menor mortalidade infantil e menor baixo peso ao nascer (SHI, 1994; SHI et al., 2004), maior expectativa de vida (SHI, 1994; SHI et al., 1999), melhor autopercepção de saúde (SHI e STARFIELD, 2000) e menor mortalidade geral (SHI, 1994; SHI et al., 1999; SHI et al., 2003; SHI et al., 2005). Estes achados sugeriram evidências suficientes para afirmar que regiões com maior número de médicos de APS apresentam populações mais saudáveis e, conseqüentemente, uma maior proporção desses médicos reduz os efeitos adversos da desigualdade (STARFIELD, 2001).

3.1.4 APS no Brasil

Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) foram delineados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com forte influência do Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária. Esses princípios foram reconhecidos em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). A partir desses marcos legais, a saúde foi definida como um direito de todos e dever do Estado, caracterizada por seus princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e hierarquização, além do controle social (BRASIL, 1990).

Uma das estratégias para consolidar os princípios e diretrizes do SUS foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (BRASIL, 1994), sendo hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse sentido, a implementação da ESF visava atender às necessidades de expansão do acesso, promover a integralidade e a equidade, melhorar a qualidade da atenção e os indicadores básicos, e consolidar a municipalização (descentralização) e fortalecer a hierarquização, regionalização e a participação comunitária (BRASIL, 1998).

Uma equipe da ESF deve ser composta por, no mínimo, um médico generalista ou médico de família e comunidade, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Essa equipe é responsável pelo acesso ao sistema de saúde de uma população adscrita, assim como pelos cuidados integrais e continuados, com base no núcleo familiar e adequados à cultura local (BRASIL, 1998). Também deve estabelecer vínculo com a população e criar um compromisso e corresponsabilidade de seus profissionais com os usuários e a comunidade. Com a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS e fundamentada nos atributos da APS, a ESF busca romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada (ESCOREL et al., 2007).

A evolução dessa estratégia foi verificada através da publicação do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) (BRASIL, 2002), cuja proposta foi a ampliação do programa em municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes); da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007), que reafirma a ESF como estratégia para APS e o seu caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; e da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009), que são equipes matriciais para apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações bem como sua resolutividade.

O investimento na ESF é crescente, da mesma forma que o número de equipes e a cobertura populacional da estratégia em todo o país. Em 2011 eram 32.295 equipes, acompanhando 53,41% da população brasileira (BRASIL, 2011). Contudo, é importante ressaltar que apesar desse crescente número de equipes de Saúde da Família, a atenção básica no país não se limita a ESF. Estão também em funcionamento as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Tradicionais que possuem características de gestão, estrutura e processo bastante heterogêneas (MENDES, 2002).

3.1.5 Estudos de avaliação da ESF

Diferentes estudos tem evidenciado que o aumento na cobertura da ESF está relacionado à redução da taxa de mortalidade infantil (MACINKO et al., 2006; MACINKO et al., 2007), da mortalidade pós-neonatal, na mortalidade por diarreia (MACINKO et al., 2007) e da quantidade de internações por causas sensíveis a atenção primária à saúde (ICSAP) (GUANAIS e MACINKO, 2009; MENDONÇA, 2009). Mesmo utilizando abordagens e métodos diferentes, outros estudos também mostraram associação entre o aumento da cobertura da ESF e a redução da taxa de mortalidade infantil (AQUINO et al., 2008; BEZZERRA FILHO et al., 2006).

Os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/PROESF), realizado no Brasil a partir de 2005, tiveram como objetivo fazer um diagnóstico do padrão epidemiológico e da organização dos serviços, principalmente em relação à atenção básica. Os estudos envolveram 168 municípios do Brasil com mais de 100 mil habitantes, correspondendo a um território com cerca de 75 milhões de habitantes. Em municípios da região nordeste a comparação de alguns indicadores de saúde mostrou redução da taxa de internação por diarreia em áreas cobertas pela ESF em relação às não cobertas pela ESF (RONCALLI e LIMA, 2006). Outro estudo, também na região nordeste do Brasil, observou grande heterogeneidade das práticas de cuidado, como avanços na integralidade da atenção em alguns municípios, experiências inovadoras em outros, e permanência de padrões tradicionais (biomédico, clínico) na maioria dos municípios (ROCHA et al., 2008). Além disso, municípios de maior porte populacional e maior capacidade instalada de serviços de saúde encontram mais obstáculos para a implementação da ESF, conforme dados dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (VIANA et al., 2006).

No que diz respeito à comparação entre ESF e UBS, realizada em municípios da região sul e também da região nordeste, observou-se que a oferta de ações de saúde, a sua utilização e o contato por ações programáticas foram mais adequados na ESF (FACCINI et al., 2006). Na mesma direção, segue a avaliação da efetividade da atenção pré-natal e da puericultura na rede básica, que se mostraram mais efetivas na ESF. Contudo, um contexto de baixa efetividade é observado em ambos os modelos (PICCINI et al., 2007).

Essas evidências sugerem que, de fato, serviços orientados para a APS, como a ESF no Brasil, apresentam melhores desfechos de saúde. No entanto, também são

apresentadas evidências de grande heterogeneidade da qualidade da atenção e da prática dos profissionais em diferentes municípios e estados brasileiros. Isso configura um estágio ainda incipiente em se tratando dos serviços de saúde voltados à APS.

3.2 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE APS

3.2.1 *Qualidade da atenção à saúde*

Inúmeras abordagens e definições de qualidade podem ser encontradas na literatura, porém o conceito embasado na tríade estrutura, processo e resultado tem sido amplamente utilizado na área da saúde (VUORI, 1991; UCHIMURA e BOSI, 2002).

A estrutura envolve as características do ambiente em que a atenção acontece, como os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários à atenção. O processo se refere ao que acontece entre o dar e o receber cuidado, incluindo a relação entre profissionais e pacientes, as atividades do paciente na procura do cuidado e as atividades dos profissionais ao provê-lo. O resultado corresponde aos efeitos do cuidado na saúde de pacientes e populações. Essas três dimensões são interligadas, de forma que uma adequada estrutura aumenta a probabilidade de processo satisfatório e esse, por sua vez, aumenta a probabilidade de resultados efetivos, eficientes e equitativos (DONABEDIAN, 1988).

A partir dessa formulação inicial que permite a avaliação da qualidade, foi proposta uma importante ampliação dos critérios a serem utilizados, os quais ficaram conhecidos como "Sete Pilares da Qualidade: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Esses critérios estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Os sete pilares da qualidade*.

Dimensão	Descrição da dimensão na qualidade em saúde
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para a melhoria das condições de saúde, ou seja, habilidade da atenção em melhorar a saúde.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde. Melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Na avaliação da qualidade a efetividade é grau com que a melhora da saúde é de fato atingida.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. É o balanço vantajoso entre custos e benefícios.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias. A conformidade com as preferências do paciente com relação ao acesso, a relação médico-paciente, a estrutura oferecida, os efeitos e os custos da atenção.
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. É a conformidade com as preferências sociais.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

* Adaptado de Donabedian (1990)

Nesse sentido, a qualidade da atenção a uma pessoa foi definida por meio das dimensões acesso e efetividade, ou seja, deve-se considerar se a pessoa pode acessar as estruturas de saúde e também o processo de cuidado do qual ela precisa e se o cuidado recebido é efetivo. A qualidade da atenção a uma população foi definida com base nas dimensões acesso, efetividade, eficiência, equidade e otimização, isto é, o acesso ao cuidado efetivo com base na eficiência e equidade para a otimização dos benefícios em saúde e do bem-estar para toda a população. Ressalta-se que nessas definições as dimensões são apresentadas em termos de estrutura, processo e resultados em saúde (CAMPBELL et al., 2000).

Tanto a visão da qualidade voltada à população, como à pessoa, oferecem uma base para um sistema normativo de medição das funções de atenção primária dentro de um sistema de serviços de saúde. Além disso, introduz a necessidade de levar em conta tanto a estrutura de sistemas de saúde como os comportamentos que refletem a função, seja a partir do ponto de vista da população, seja do indivíduo (STARFIELD, 2002a).

A medição da qualidade com base em determinadas estruturas (ou capacidade) e processo (ou desempenho) dentro do sistema de serviços de saúde presume que as dimensões estruturais estejam em seu devido lugar para que importantes atividades possam ser realizadas. Também presume a importância de avaliar o desempenho dessas atividades. Assim, medir os aspectos principais envolve a medição de uma característica comportamental e da característica estrutural da qual ela depende (STARFIELD, 2002a).

A partir dessa abordagem é possível medir a qualidade da atenção considerando quatro elementos de estrutura (acessibilidade, variedade de serviços, definição da população eletiva e continuidade) e dois elementos de processo (utilização e reconhecimento de um problema ou necessidade) (STARFIELD, 2002a).

3.2.2 Avaliação da qualidade da atenção à saúde

A idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que tem como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade (DONABEDIAN, 1988). Contudo, na área da saúde a qualidade se torna mais complexa porque não age em função de um único serviço (produto final), pois este é sempre incerto, não obedece a padrões estabelecidos e não tem qualidade uniforme (MEZOMO, 2001).

A avaliação da qualidade em serviços de saúde é uma importante medida do processo de tomada de decisão por parte de gestores e colaboradores como, por exemplo, na priorização dos investimentos, no subsídio à identificação de problemas e auxílio na reorientação das ações e serviços prestados à população. Essa avaliação também permite observar o desempenho da incorporação de novas práticas na rotina dos serviços de saúde, bem como o impacto no estado de saúde da população.

No contexto de serviços de saúde a avaliação do usuário costuma ser o aspecto determinante para medir a qualidade da atenção, principalmente por meio de estudos que envolvem a satisfação dos usuários. No entanto, a satisfação com os serviços não é,

em si, uma medida de qualidade da atenção, mas pode estar indiretamente relacionada com a qualidade, porque pode influenciar a busca de determinados tipos de serviços que influenciam o estado de saúde (STARFIELD, 2002a).

Além disso, é necessário considerar que cada usuário é um ser específico e tem exigências diferentes, por isso a satisfação não pode ser garantida com soluções únicas (DONABEDIAN, 1988). Por conseguinte, um serviço que atende às necessidades dos usuários pode não implicar em um serviço de qualidade inquestionável, pois é possível que exista o desperdício de recursos que deveriam ser direcionados a outros usuários, caracterizando a ausência da efetividade e da equidade (SERAPIONI, 2009).

O processo de avaliação da qualidade em serviços de saúde envolve tanto quem utiliza os serviços quanto quem os fornece. Usuários e profissionais de saúde ocupam posições diferentes no processo, embora ambos contribuam para que os serviços sejam realizados. Assim, as expectativas e necessidades de usuários e profissionais de saúde determinam de maneira diferente a qualidade da atenção nos serviços. Por exemplo, usuários dos serviços de saúde nem sempre sabem o que realmente precisam, sendo necessário incluir também a opinião do profissional sobre a avaliação da necessidade de saúde e da adequação da intervenção (SERAPIONI, 2009).

Portanto, é evidente que a avaliação da qualidade da atenção deve se fundamentar em um enfoque múltiplo, que implica o envolvimento de diferentes atores, incluindo usuários, profissionais de saúde e gestores, cada um com sua própria perspectiva de avaliação. Dessa maneira podem ser identificadas três categorias que correspondem aos principais atores que agem no âmbito dos serviços de saúde: qualidade avaliada pelo usuário, qualidade avaliada pelo profissional e qualidade avaliada pelos gestores (SERAPIONI, 2009).

A qualidade avaliada pelo usuário consiste em verificar o que os usuários e/ou acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos. A qualidade na perspectiva dos profissionais significa observar se o serviço de saúde satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e procedimentos necessários são executados de forma apropriada. A qualidade gerencial está relacionada ao uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades (SERAPIONI, 2009).

Essas categorias correspondem aos mais importantes grupos de interesse, cujas perspectivas deveriam ser integradas para especificar a qualidade da atenção em um

serviço de saúde. Na verdade, nenhuma dessas categorias pode ser ignorada, pois os diferentes grupos de interesse tendem a privilegiar um aspecto ou outro da qualidade, com a óbvia consequência de desenvolver abordagens e métodos de avaliações diferentes.

Então, torna-se essencial observar como esses principais atores avaliam a qualidade da atenção nos serviços de saúde, visando identificar e analisar as diferentes perspectivas. A partir disso é possível intervir no serviço, de modo a satisfazer as necessidades de todos e promover a melhoria contínua.

3.2.3 Instrumento para avaliação da qualidade da atenção

Na última década o grande interesse na avaliação e melhoria da gestão e planejamento e da qualidade da atenção à saúde estimulou o desenvolvimento de diversos instrumentos que permitem avaliar os serviços de saúde na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores (MURRAY e FRENK, 2008; HUSSEY et al., 2009, BROWN e LIFORD, 2006; DASSOW, 2007; GENÉ-BADIA et al., 2007; RAJMIL et al., 2003). Alguns são voltados especialmente para avaliação de qualidade da atenção primária à saúde (GIUFFRIDA et al., 1999; OHMAN et al., 2007), mas poucos permitem a ampla avaliação dos atributos que definem a atenção primária à saúde na perspectiva da população como a acessibilidade, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade (MEAD et al., 2008; SHI et al., 2001; SAFRAN et al., 1998).

Em estudo realizado por Malouin et al. (2009) nove instrumentos cujos propósitos são medir a qualidade relacionada à APS foram avaliados segundo a variedade de versões (usuários, profissionais, gestores), o rigor na avaliação da validade e fidedignidade e também em relação à presença dos atributos essenciais da APS. O resultado apontou o Primary Care Assessment Tool (PCATool) como o melhor instrumento, pois foi o único que mostrou capacidade de avaliar as características de estrutura e processo para os quatro atributos essenciais além de estar disponível para diferentes atores do processo de atenção (usuários, profissionais e gestores).

O PCATool foi desenvolvido para avaliar o alcance das características da APS baseado no conceito teórico de atributos desenvolvido por Starfield e Shi (2002c). Esse instrumento está disponível nas versões para usuários criança (*Child Consumer/Client Survey*), usuários adulto (*Adult Consumer/Client Survey*), profissionais de saúde (*Provider Survey*) e gestores (*Facility Survey*), sendo a versão para usuários criança e

também para usuários adultos validadas nos Estados Unidos (CASSADY et al., 2000; SHI et al., 2001). O instrumento para profissionais de saúde é utilizado como espelho da versão usuário adulto validada, isto é, a versão do PCATool que é empregada para os profissionais é constituída pelos itens validados na versão usuário adulto, que também estão presentes na versão original para profissionais (STARFIELD e SHI, 2002c).

O instrumento para usuários permite obter informações de indivíduos referentes às suas experiências ao utilizar os recursos de serviços de atenção primária à saúde, enquanto que o instrumento para profissionais de saúde possibilita adquirir informações a respeito de características operacionais e práticas relacionadas ao emprego da atenção primária por profissionais de APS (SHI et al., 2001).

O PCATool é constituído de perguntas cujo objetivo é mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, sendo possível estimar o grau de orientação à APS. Nesse sentido, possibilita o cálculo de um escore para cada atributo, utilizando a média aritmética dos itens que compõem o atributo, bem como o escore essencial, o escore derivado e o escore geral da APS. O escore essencial é constituído pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais; o escore derivado é calculado utilizando a média aritmética dos escores dos atributos derivados e o escore geral é constituído pela média aritmética de todos os atributos, dessa forma estimando o grau de orientação à APS (STARFIELD e SHI, 2002c).

3.3 VALIDADE E FIDEDIGNIDADE

3.3.1 *Validade e fidedignidade de escalas*

Tem sido comum a utilização de escalas para medir conceitos ou constructos teóricos não diretamente observáveis, como, por exemplo, inteligência, qualidade de vida, dor e outros. O objetivo é obter medidas precisas e que meçam realmente o que se deseja medir. Esses dois conceitos dizem respeito à fidedignidade (precisão) e à validade (acurácia) das escalas de medida, respectivamente (FACHEL e CAMEY, 2000).

Dessa maneira pode-se dizer que a construção de um instrumento de pesquisa deve ser seguida de um criterioso processo de validação. Neste processo, inicialmente, deve-se avaliar a validade, isto é, se o instrumento realmente mede aquilo que se deseja e pensa que está medindo (o conceito em estudo). Para essa avaliação consideram-se

três aspectos principais: validade relacionada ao conteúdo, validade relacionada ao critério e validade relacionada ao constructo.

A validade relacionada ao conteúdo considera a validade de face e a validade de conteúdo. A etapa da validade de face diz respeito à linguagem, à forma como o conteúdo é apresentado, e indica se o instrumento é capaz de medir as qualidades desejadas. A validade de conteúdo consiste no julgamento da representatividade dos itens em relação aos conceitos e à relevância do conceito que se deseja mensurar. Essas duas formas de validação são executadas através do julgamento de “experts”, que avaliam se a escala é apropriada. Essa etapa raramente utiliza métodos empíricos de aferição (FACHEL e CAMEY, 2000; STREINER e NORMAN, 2008).

Quando outros instrumentos que avaliam a mesma característica estão disponíveis para serem comparados, pode-se desenvolver a validade de critério ou validade concorrente. No entanto, quando não está disponível um padrão-ouro com o qual o instrumento possa ser comparado, como ocorre neste trabalho, pode-se desenvolver a validade de constructo.

A validade relacionada ao constructo trata do grau pelo qual um instrumento mede o constructo teórico para o qual ele foi planejado. Essa validade pode ser classificada em três tipos: convergente, discriminante e fatorial. A validade convergente verifica se a medida em questão está substancialmente relacionada a outras formas de medida já existentes do mesmo constructo. A validade discriminante verifica se a medida em questão não está relacionada indevidamente com indicadores de constructos distintos. A validade fatorial, por sua vez, define a validade relacionada ao constructo e pode ser útil para verificar a dimensionalidade do constructo que está sendo medido (FACHEL e CAMEY, 2000).

Além de avaliar a validade, é necessário que o instrumento tenha fidedignidade, isto é, que o instrumento meça algo que seja reproduzível. A fidedignidade avalia o grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável e pode ser medida de várias formas. Os conceitos principais de fidedignidade dizem respeito à estabilidade no tempo e à consistência interna da escala. A estabilidade no tempo pode ser verificada por meio de duas medidas dos mesmos indivíduos em situações diferentes, e a consistência interna da escala é observada na aplicação do instrumento uma única vez e com apenas uma forma, permitindo avaliar o quanto os itens que compõem a mesma escala medem o mesmo constructo. (FACHEL e CAMEY, 2000; STREINER e NORMAN, 2008).

Esse processo assegura a validade do instrumento somente na língua em que foi desenvolvido, pois a tradução de um instrumento é muito mais complexa que a simples tradução dos itens de determinada escala, exigindo detalhado procedimento de adaptação. Desse modo, quando o instrumento é traduzido deve passar por um novo processo de validação.

3.3.2 Estudos de validação do PCATool

O PCATool foi traduzido e adaptado em vários países, com diferentes sistemas de saúde, incluindo o Brasil (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010; ALMEIDA e MACINKO, 2006), Espanha (PASARÍN et al., 2007), Canadá (HAGGERTY et al., 2008), Coreia do Sul (LEE et al., 2009), Hong Kong (WONG et al., 2010) e Argentina (BERRA et al., 2011b) e está em fase de tradução e adaptação em Porto Rico (PRHSRI, 2011) e no Uruguai (PIZANELLI et al., 2011). A validade e fidedignidade do PCATool foram verificadas, com pequenas variações na metodologia adotada, nas adaptações realizadas no Brasil (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010; ALMEIDA e MACINKO, 2006), Coreia do Sul (LEE et al., 2009) e Espanha (ROCHA et al., 2011; BERRA et al., 2011a).

No Brasil, foram realizadas duas adaptações distintas deste instrumento. A adaptação realizada por Harzheim et al. (2006) foi aplicada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), e avaliou a validade das versões usuário criança e usuário adulto do PCATool (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010). Neste caso, a versão para os profissionais de saúde utilizada é em espelho da versão usuário adulto validada, da mesma forma como é realizado com o instrumento original, nos Estados Unidos. Por outro lado, uma adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006) foi utilizada no município de Petrópolis, Rio de Janeiro (RJ), e resultou na validação das versões usuário criança, usuário adulto e profissionais.

A adaptação realizada por Harzheim et al. (2006) manteve o formato original do instrumento no que diz respeito a variedade de versões (usuário criança, usuário adulto, profissionais de saúde), atributos essenciais e derivados da APS e escala de respostas (4 = 'com certeza sim', 3 = 'provavelmente sim', 2 = 'provavelmente não', 1 = 'com certeza não' e 9 = 'não sei/não lembro'). Isto é, realizou-se a tradução e a adaptação para a cultura e as características dos serviços de saúde brasileiros, sendo fiel ao formato original. A validade fatorial e a fidedignidade (consistência interna e

estabilidade no tempo) foram avaliadas para as versões usuário criança e usuário adulto. Nesses estudos a validade fatorial refletiu a estrutura multidimensional do PCATool, as medidas de consistência interna mostraram-se adequadas e a estabilidade no tempo foi verificada. (HARZHEIM et al., 2006; HARZHEIM et al., 2010).

Na adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006) foram realizadas modificações em relação ao formato original do instrumento. As versões para usuário criança e usuário adulto, que originalmente são instrumentos separados, foram incluídas em um único questionário. A versão para profissionais de saúde permaneceu em um único questionário. Foram mantidos os atributos essenciais da APS, porém o atributo derivado competência cultural não foi contemplado, sendo proposta pelos autores a inclusão de um atributo que se refere à formação profissional. Além disso, a escala de respostas utilizada (1 = 'nunca', 2 = 'quase nunca', 3 = 'algumas vezes', 4 = 'muitas vezes', 5 = 'quase sempre', 6 = 'sempre', 88 = 'não sabe') é diferente da escala original. No processo de avaliação da validade e fidedignidade, a validade fatorial foi verificada com o objetivo de observar a unidimensionalidade do instrumento, não contemplando a estrutura multidimensional, presente na versão original, que permite a avaliação individual dos atributos da APS e também do escore essencial. Para avaliar a consistência interna foi utilizado o alfa de Cronbach para cada item e também para cada atributo (ALMEIDA e MACINKO, 2006).

Na Espanha as adaptações realizadas para as versões em que as propriedades psicométricas foram descritas também mantiveram o formato do instrumento original, respeitando as diferentes versões (criança, adulto e profissionais), os atributos essenciais e derivados da APS e a escala para respostas. A avaliação da validade e fidedignidade foi efetuada em versões reduzidas do instrumento, uma vez que o principal objetivo dos estudos foi reduzir o PCATool para facilitar a sua aplicação e também a implementação na pesquisa nacional de saúde da Catalonia. Portanto, inicialmente foi realizado um criterioso processo de seleção dos itens e, então, a avaliação da validade e fidedignidade (BERRA et al., 2011a; ROCHA et al., 2011). Berra et al. (2011a) estabeleceram a versão curta para usuário criança avaliando a validade fatorial de maneira multidimensional, utilizando a abordagem exploratória e também confirmatória da análise fatorial. A consistência interna do instrumento foi avaliada pelo alfa de Cronbach. Por outro lado, Rocha et al. (2011) propuseram uma versão muito curta do PCATool, com apenas 10 itens, para usuário adulto, na qual foi verificada a validade fatorial e a consistência interna do instrumento, utilizando o alfa de Cronbach. Neste caso, a abordagem

utilizada para a validade fatorial foi bidimensional, ou seja, considerando a distribuição dos itens em dois fatores (estrutura e processo).

Na Coreia do Sul foi realizada uma adaptação cuja proposta foi reunir itens de três instrumentos que possibilitam a avaliação da atenção primária à saúde: Component of Primary Care Index, Primary Care Assessment Survey (PCAS) e primary care assessment tool (PCAT). Essa adaptação resultou no instrumento para usuário adulto denominado Korean primary care assessment tool (KPCAT) (LEE et al.,2009), que foi validado por Lee et al. (2006). A validade fatorial e a fidedignidade foram verificadas. Para a validade considerou-se a abordagem multidimensional e, para a fidedignidade, foram avaliadas a consistência interna, pela correlação item-total e alfa de Cronbach, e a discriminação pela razão êxito da escala.

Respeitando as distintas abordagens adotadas para a validade fatorial e os diferentes aspectos considerados para avaliar a fidedignidade, verificou-se que os resultados nos estudos acima mencionados sugerem a validade fatorial do instrumento adaptado, bem como a sua fidedignidade. Ou seja, os atributos da APS foram captados pelos fatores da análise fatorial, e as medidas de fidedignidade apresentam valores elevados, considerando o ponto de corte estabelecido em cada estudo.

4. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a validade e a fidedignidade do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) na versão dos profissionais, traduzido e adaptado para o Brasil.

Objetivos Específicos

- Determinar a validade fatorial;
- Avaliar a fidedignidade deste instrumento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Aquino R, Oliveira N, Barreto M. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2008; 99:87-93.
3. Berra S, Rocha KB, Sanz MR, Pasarín MI, Rajmil L, Borrel C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*, 2011a 11-285
4. 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 / Cultural and health system adaptation of the kidscreen primary care assessment Tools. *Rev. argent. salud publica* 2011b; 2(8):6-14.
5. Bezerra Filho J, Kerr L, Miná D, Barreto M. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará/Brasil, no período 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(5):1173-1185.
6. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, Billings J, Stewart A. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274:305-11.
7. Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(2):94-103.
8. Brasil. Diário Oficial da União. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
9. Brasil. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1994.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) [Acesso em 10nov2011]. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/Componetes.htm>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4 edição. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2007.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília. 2009.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde [Internet]. [Acesso em 30out2011] Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
16. Brown C, Liford R. Cross sectional study of performance indicators for English Primary Care Trust: testing construct validity and identifying explanatory variables. BMC Health Services Research. 2006 Jun; 6 (81).
17. Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. Social Science & Medicine. 2000; 51:1611-25.
18. 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.
19. Dassow PL. Measuring performance in primary care: what patient outcome indicators do physicians value?. J Am Board Fam Med. 2007 Jan-Fev; 20 (1): 1-8.
20. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988; 260:1743-8.
21. Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.
22. Escorel S, Giovanella L, Mendonça M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007; 21(2):164-76.
23. Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Silveira E, Siqueira F, Rodrigues M. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2006; 11(3):669-81.

24. Fachel JMG, Camey S. Avaliação psicométrica: a qualidade das medidas e o entendimento dos dados. Em: CUNHA, J. A. et al.. *Psicodiagnóstico – V*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. p. 158-170.
25. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalán-Ramos A, Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E. Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract*. 2007 Feb; 24 (1): 41-7.
26. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94–8.
27. Guanais FC, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manange*. 2009, Vol. 32. No 2, 115-122.
28. Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: is there a association? *Journal of Public Health Medicine*. 2002; 24:252-54.
29. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, Santor D. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007;5:336–44.
30. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008;6:116–23.
31. 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.
32. 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 30out2011] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
33. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care* 2008;20:308–13.
34. Hussey PS, de Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, McGlynn EA. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res* 2009;44:784–805.

35. Jatrana, S., P. Crampton, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *The New Zealand medical journal* 2011 124(1329): 16-25.
36. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy* 2008;85:263–76.
37. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim S, Chung SH, Kim J, Jeon THEON, Park HK Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 2: pp. 103–111
38. 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* 2003a; 38:831-65.
39. Macinko J, Almeida C, Oliveira E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. *Saúde em Debate* 2003b;27(65)
40. Macinko J, Guanais F, Souza M. Evaluation of the impact of Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:13-9.
41. Macinko J, Souza M, Guanais F, Simões C. Going to scale with community based primary care an analysis of the family health program and infant mortality in brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*. 2007; 65:2070–80.
42. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18(6):44-8.
43. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)—development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract* 2008;9:13.
44. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. 176p.
45. Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG. [dissertação]. Porto Alegre. UFRGS, 2009.
46. Mezomo JC, *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. 1 edição editora Manole. 2001

47. Moore D, Castillo E, Richardson C, Reid R. Determinants of health status and the influence of primary health care services in Latin America, 1990-98. *International Journal of Health Planning and Management*. 2003; 18(4):279-92.
48. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78:717-31.
49. Murray CJ, Frenk J. Health metrics and evaluation: strengthening the science. *Lancet* 2008;371:1191-9.
50. Ohman-Strickland PA, John OA, Nutting PA, Perry Dickinson W, Scott-Cawiezell J, Hahn K, Gibel M, Crabtree BF. Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 1): 1257-73.
51. OPAS, 2005. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde (OMS). 2005 34p
52. Organização Mundial da Saúde (OMS). Resolutions of the Directing Council - CD27.R20. 1980 [Internet] [Acesso em 22out2011]. Disponível em: http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_27.htm
53. Parchman M, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Prac*. 1994; 39:123-8.
54. Pasarin 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; 39:395-401.
55. Piccini R, Facchini L, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Siqueira F, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2007; 7(1):75-82.
56. 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.
57. Puerto Rico Health Services Research Institute. Development of a Spanish Version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT) [Internet]. [Acesso em 30out2011] Disponível em: prhsri.rcm.upr.edu/recentpro.html
58. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vásquez JR, the research group for the Spanish version of the CHIP-AE. The Spanish version of the

- Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AETM) Quality of Life Research 2003 12: 303–313.
59. Rocha P, Uchoa A, Rocha N, Souza E, Rocha M, Pinheiro T. Avaliação do programa saúde da família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(Sup 1):S69-S78.
 60. Rocha KB, Sanz MR, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrel C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *European Journal of Public Health*, 2011.
 61. Roncalli A, Lima K. Impacto do PSF sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):713-24.
 62. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Alvin R, Rogers WH, Taira DA, Lieberman NBA, Ware JE. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;36:728–39
 63. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 2009: 65-82
 64. Shi L. Primary care, specialty care and life chances. *Int J Health Serv*. 1994; 24(3):431-58.
 65. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4):275-84.
 66. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services*. 2000; 30(3):541-55.
 67. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161W,175W
 68. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980-1995. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2003; 16:412-22.
 69. Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, Wulu J. Primary care, infant mortality and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58:374-80.
 70. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine*. 2005; 61:65-75.

71. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344:1129-33.
72. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. *Br J Gen Pract*. 2001; 51(465):303-9.
73. 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; 2002a.
74. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002b; 60:201-18.
75. Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002c.
76. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
77. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. 2008 4ª edição Oxford University Press
78. 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.
79. Uchimura K, Bosi M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1561-9.
80. Viana A, Rocha J, Elias P, Ibañez N, Novaes M. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):577-606.
81. Villalbí J, Guarga A, Pasarín M, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Aten Primaria*. 1999; 24(8):468-74
82. Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31(6):382-5.
83. Vuori, H.. A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para o debate*, Londrina, n. 3, p. 17-24, 1991.
84. 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

85. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
86. World Health Organization. Primary Health Care: Now More than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
87. World Health Organization. The Ljubljana charter on reforming health care. *BMJ*. 1996; 312(7047):1664-5.

ARTIGO

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

Título Corrido: Tradução, adaptação, validade e fidedignidade do PCATool versão profissionais

Lisiane Hauser ¹

Álvaro Vigo ¹

Airton Tetelbom Stein ²

Erno Harzheim ¹

Bruce Bartholow Duncan ¹

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

² Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Correspondência

Lisiane Hauser

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre - Rio Grande do Sul

lisiane.hauser@ymail.com

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

RESUMO

O crescente interesse na avaliação e melhoria da gestão, do planejamento e da qualidade da atenção à saúde tem estimulado o desenvolvimento de um grande número de instrumentos que permitem avaliar os serviços de saúde. O *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi desenvolvido para medir a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) nas perspectivas de usuários, profissionais e gestores. O objetivo deste estudo foi traduzir, adaptar e avaliar a validade e a fidedignidade do PCATool na versão profissionais de saúde com dados de um estudo transversal com 340 profissionais médicos e enfermeiros dos serviços públicos de APS em Porto Alegre. Foram realizadas tradução, versão e adaptação do instrumento às características dos serviços de saúde nacional bem como culturais e etárias. A validade fatorial, a consistência interna e a estabilidade no tempo foram avaliadas. 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 alfa de Cronbach variando de 0,28 a 0,90. Estabilidade temporal foi observada para todos os atributos à exceção de orientação familiar ($p < 0,05$). Essa avaliação sugere que o instrumento é útil para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de atenção primária, 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, Mensuração de escala na saúde, Validade, Fidedignidade.

ABSTRACT

The increasing interest in management and planning assessment and improvement and the quality of healthcare attention has stimulated the development of a large number of tools which allow to assess healthcare services. The Primary Care Assessment Tool (PCATool) was designed in order to measure the presence and extension of the Primary Healthcare attributes from the perspective of users, healthcare professionals, and managers. The objective of this study was to translate and adapt to the Brazilian context the version of PCATool for healthcare professionals, as well as to assess the validity and reliability of the instrument. In order to achieve the objectives, a cross-sectional study of 340 healthcare professionals within the public primary healthcare service in Porto Alegre was carried out. It was performed the translation, the reverse translation, and the instrument was also adapted to the characteristics of the Brazilian healthcare services, as well as its cultural aspects and of age. Factorial validity as well as internal consistency and stability over time were assessed. Nine factors were retained in the exploratory factorial analysis explaining approximately 75% of the total variation. These factors are identified with the attributes of the APS, featuring multi-dimensional nature of the instrument and conceptual phenomenon. Internal consistency assessment showed Cronbach's alpha ranging from 0.28 to 0.90. Temporal stability was observed for all attributes but family counseling ($P < 0.05$). The results suggest that PCATool can be a useful tool to measure the quality of the Primary Healthcare from the perspective of healthcare professionals. It can be used either for identification, assessing and screening of the Primary Healthcare Attention attributes within healthcare services or comparative studies.

Key words: Primary Health Care, Health Service Assessment, Health Measurement Scales, Validity, Reliability.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde^{1,2}. 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 populações³⁻⁶. Neste período, foi instituído no Brasil o Programa Saúde da Família (PSF)⁷ que, posteriormente, teve seu conceito ampliado e foi denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa estratégia foi adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorientação e expansão da atenção primária no Brasil e, conseqüentemente, reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸.

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. Essa avaliação é uma importante medida do processo de tomada de decisão por parte de gestores, particularmente para a priorização dos investimentos, identificação de problemas e auxílio na reorientação das ações e serviços prestados à população, assim como na instituição de políticas de pagamento por desempenho⁹. Também permite observar a efetividade da incorporação de novas práticas na rotina dos serviços de saúde. Dessa forma, a avaliação em saúde contribui para que a tomada de decisões sobre os serviços seja embasada em evidências e para a melhora contínua da qualidade da atenção⁵.

Diferentes modelos conceituais foram desenvolvidos para avaliar a qualidade da atenção à saúde¹⁰⁻¹², alguns também incluindo os atributos da atenção primária¹³⁻¹⁵. 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 gestores¹⁶⁻²⁰. Alguns desses instrumentos são especialmente voltados para a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde (APS)^{21,22}, porém poucos permitem a ampla avaliação dos atributos que definem a APS na perspectiva da população (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação)²³⁻²⁶.

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 cultural¹³. 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 (*Provided Survey*) e por gestores (*Facility Survey*). As versões originais para usuários crianças e usuários adultos foram validadas nos Estados Unidos^{24,27}. Para profissionais de saúde é usual a utilização de uma versão como espelho da versão para usuários adultos validada²⁸, 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 Brasil²⁹⁻³¹, Espanha³², Canadá³³, Coreia do Sul³⁴, Hong Kong³⁵ e Argentina³⁶. Está em fase de tradução e adaptação em Porto Rico³⁷ e no Uruguai³⁸ e vem também sendo utilizado na Nova Zelândia³⁹ e em Taiwan⁴⁰. A validade e fidedignidade do PCATool foram verificadas, com pequenas variações na metodologia adotada, em versões utilizadas na Espanha^{41,42}, Coreia do Sul³⁴ e Brasil²⁹⁻³¹. De modo geral, os resultados para a validade são adequados, respeitando a estrutura multidimensional para a versão original e a unidimensionalidade quando o objetivo é a redução do instrumento. A avaliação da fidedignidade também foi considerada apropriada^{29-31,34,41,42}.

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. (2006) foi aplicada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), e avaliou a validade das versões para usuários crianças e usuários adultos^{29,30}. Por outro lado, uma adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006) foi utilizada no município de Petrópolis, Rio de Janeiro (RJ), e resultou na validação das versões usuário criança, usuário adulto e profissionais de saúde³¹.

A adaptação de Harzheim et al. (2006) manteve o formato original do instrumento no que diz respeito a variedade de versões (usuário criança, usuário adulto, profissionais de saúde), atributos essenciais e derivados da APS e escala de respostas Likert, que apresenta valores variando de 1 = 'com certeza não' a 4 = 'com certeza sim', com a opção adicional 9 = 'não sei/não lembro'. Dessa maneira, realizou-se a tradução e a adaptação para a cultura e as características dos serviços de saúde brasileiros, sendo fiel ao formato original. A validade fatorial e a fidedignidade (consistência interna e estabilidade no tempo) foram avaliadas para as versões usuário criança e usuário adulto.

Nesses estudos, a validade fatorial refletiu a estrutura multidimensional do PCATool, as medidas de consistência interna mostraram-se adequadas e a estabilidade no tempo foi verificada^{29,30}.

Na adaptação realizada por Almeida e Macinko (2006) foram efetuadas modificações em relação ao formato original do instrumento. As versões para usuário criança e usuário adulto, que originalmente são instrumentos separados, foram incluídas em um único questionário. Os atributos essenciais da APS foram mantidos, porém o atributo derivado competência cultural não foi contemplado. Adicionalmente, foi proposta a inclusão do atributo que se refere à formação profissional. Além disso, a escala de respostas utilizada é diferente da escala original, sendo do tipo Likert com valores variando entre 1 = 'nunca' e 6 = 'sempre', e a opção 88 = 'não sabe'. A consistência interna do instrumento foi avaliada utilizando o 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 APS³¹.

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 utilização de um instrumento para avaliar a 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 a eficiência de suas intervenções⁴³⁻
45

O objetivo deste estudo, por conseguinte, foi traduzir, adaptar e avaliar a validade e a fidedignidade do instrumento de avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde, versão profissionais de saúde.

Métodos

Delineamento e amostra

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, a rede pública de APS em Porto Alegre era constituída por quatro tipos

de serviços de saúde: Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS), unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM) e o Serviço de Saúde Comunitário (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

A seleção dos profissionais participantes do estudo foi realizada utilizando a gerência distrital, o serviço de saúde e a equipe na qual o profissional estava cadastrado. Para compor a amostra, selecionou-se aleatoriamente 50% das equipes de cada gerência distrital, entre as UBS e ESF, bem como todas as equipes do Serviço de Saúde Comunitário do GHC e do CSEM. Dessa maneira foram incluídas na amostra 26 UBS, 31 unidades da ESF, 12 unidades do Serviço de Saúde Comunitário do GHC e 7 unidades do CSEM, contemplando 369 profissionais médicos e enfermeiros.

Os dados foram coletados entre julho do ano 2006 e agosto de 2007. Foram entrevistados médicos e enfermeiros que atendiam, pelo menos, usuários adultos (maiores de 18 anos) e informaram carga-horária mínima de 20 horas por semana. Os profissionais que realizavam atendimento somente a partir de encaminhamentos (referências) foram excluídos, assim como a segunda entrevista de profissionais que trabalhavam em duas unidades de saúde. Detalhes do plano amostral e seleção dos profissionais de saúde são encontrados no protocolo de pesquisa⁴⁶.

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 itens¹², 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 cuidado. Por exemplo, o atributo integralidade é constituído pelos componentes serviços disponíveis (estrutura) e serviços prestados (processo)²⁸.

As respostas dos itens são apresentadas em escala 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)²⁸. 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. Dessa forma, pode-se avaliar, independentemente, a presença e extensão de cada atributo da APS, assim como dos atributos essenciais (escore essencial) e do grau de orientação geral dos serviços à APS (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 (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), e o escore geral é definido pela média aritmética dos escores dos atributos essenciais e derivados (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária).

No Brasil, esse instrumento foi traduzido e adaptado para o português. Nesse processo, 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 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 etárias da população e dos serviços de saúde nacional. 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 (ATS e EH) e pela autora original do instrumento (BS), constituindo a avaliação conceitual dos atributos.

Análise Estatística

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

A fidedignidade das escalas foi observada pela avaliação da consistência interna, razão êxito da escala 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 Starfield (2002).

A consistência interna foi verificada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach e a correlação item-total. O coeficiente alfa de Cronbach estima a proporção da variância total da escala atribuível a uma fonte comum, possivelmente o verdadeiro escore de uma variável latente fundamentada nos itens. Para sua interpretação valores do coeficiente inferiores a 0,50 foram considerados insuficientes, valores entre 0,50 e 0,70 moderados e valores acima de 0,70 adequados⁴⁷. A correlação item-total consiste na correlação de cada item com a soma dos demais itens que constituem o atributo; valores maiores que 0,30 sugerem que os itens estão medindo o mesmo constructo e são, portanto, considerados adequados⁴⁷.

Na razão êxito da escala a correlação de cada item com os outros itens dentro do seu atributo conceitual deve ser maior que a correlação com itens de diferentes atributos. Assim, a razão êxito da escala foi medida pelo quociente entre o número de correlações em que 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. Ou seja, 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 atributo²⁴.

Na avaliação da estabilidade no tempo utilizou-se aproximadamente 10% das entrevistas que foram repetidas entre um a 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 criança²⁹, nem na versão usuário adulto³⁰.

O programa R foi utilizado para as análises de estabilidade no tempo (teste-reteste) de 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.

Resultados

Na comparação da versão do PCATool traduzida para o português com a versão original não foram observadas diferenças de conteúdo ou aceção, somente palavras diferentes com significado equivalente. A escala de respostas foi fielmente traduzida para o português. No processo de adaptação, 3 itens do componente integralidade de serviços disponíveis (testes de intoxicação por chumbo, timpanocentese e exame de toque retal ou sigmoidoscopia) e 2 itens do atributo competência cultural (possibilidade de comunicação com pessoas em outro idioma e uso de tradutores/interpretes) 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 original²⁸.

Neste estudo, o PCATool-Brasil foi aplicado para uma amostra de 340 profissionais dos serviços públicos de APS no município de Porto Alegre, com 161 profissionais da UBS, 85 da ESF, 85 do Serviço de Saúde Comunitário do GHC e 36 do CSEM. Não foram realizadas 29 entrevistas (7,9%), considerando que houve recusa de 20 profissionais e os demais não foram entrevistados por troca de unidade, afastamento por motivo de saúde ou demissão. 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 e 243 (71,5%) mulheres. O tempo médio (desvio-padrão) de formado foi 17,1 anos (9,3 anos). A maioria dos profissionais 297 (87,4%) possui alguma especialidade e, desses, 113 (33,2%) referiram ter especialidade na área da APS.

Na distribuição das respostas dos profissionais médicos e enfermeiros ao PCATool-Brasil versão profissionais de saúde, alguns itens se destacaram pela alta concentração de respostas em uma das opções da escala. Como exemplo, no atributo acesso houve predomínio de respostas “com certeza não” para o atendimento no serviço de saúde aos sábados e domingos (97,4%) ou após as oito horas da noite (89,1%); o atendimento por alguém do serviço, em caso de adoecimento, quando esse serviço está fechado aos sábados e domingos (90,9%) ou após 20h nos dias de semana (90,1%) e a disponibilidade de telefone para contato quando o serviço está fechado (81,8%) (Tabela 1).

No componente coordenação do cuidado, o item sobre fornecimento de informação escrita para o especialista (quando encaminhado) teve concentração de

respostas para “com certeza sim” (90,6%). No atributo integralidade a disponibilidade de exame dentário (98,5%), verificação de famílias para participação em programa ou benefício da assistência social (90,2%) e aconselhamento e solicitação do teste anti-HIV (90,2%) receberam resposta predominantemente “com certeza sim”. Em contrapartida, a disponibilidade para identificação de problemas visuais (99,7%) apresentou maior parte das respostas na categoria “com certeza não”. Na prestação do serviço destacou-se predomínio de respostas “com certeza sim” para discussão com o paciente sobre suas medicações em uso (90,6%) e, para o atributo orientação comunitária, a realização de visitas domiciliares (90,6%) apresentou concentração de respostas “com certeza sim” (Tabela 1).

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. Em se tratando da distribuição dos atributos ou componentes nos fatores, observou-se que todos os itens do atributo orientação familiar foram captados em um único fator, da mesma forma que aconteceu com o componente integralidade de serviços prestados. O atributo orientação comunitária foi captado em dois fatores, assim como o componente integralidade de serviços prestados. O atributo acesso apresentou 5 itens em um fator e os outros 4 itens do acesso foram captados no mesmo fator em que estão 6 itens do atributo longitudinalidade. Os demais itens da longitudinalidade formaram outro fator em conjunto com itens do atributo coordenação (Tabela 2).

A avaliação da consistência interna utilizando o alfa de Cronbach apresentou coeficientes adequados para longitudinalidade, integralidade de serviços disponíveis, integralidade de serviços prestados - considerando somente profissionais que atendem adultos, integralidade de serviços prestados - considerando profissionais que atendem adultos e crianças, orientação familiar e orientação comunitária. Para coordenação sistema de informação o alfa de Cronbach foi igual a 0,56, considerado moderado, e para a coordenação do cuidado e o acesso o alfa foi insuficiente, 0,48 e 0,28, respectivamente (Tabela 3).

A correlação item-total mostrou resultados adequados (valores mínimo-máximo) para o atributo orientação familiar (0,40–0,71) e o componente integralidade de serviços prestados (0,31–0,69). No atributo orientação comunitária somente um item apresentou correlação item-total com valor abaixo do adequado (0,27–0,72). Para o atributo

longitudinalidade (0,14–0,51) e os componentes 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 correlações item-total abaixo do valor considerado adequado e também correlações adequadas. Por outro lado, o atributo acesso (-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 razão êxito da escala igual a 100%. Em contrapartida, os menores percentuais para essa medida foram obtidos no atributo acesso (REE=74%) e no componente coordenação do cuidado (REE=79%). Na fidedignidade relacionada à estabilidade ao longo do tempo, tanto no método de comparação das distribuições ($p>0,05$) quanto no método que observa a concordância entre os diferentes tempos ($p>0,05$), a estabilidade da escala foi verificada, exceto para o atributo orientação familiar ($p<0,05$) (Tabela 3).

Discussão

Neste estudo foram realizadas a tradução, adaptação e avaliação da validade e da fidedignidade do PCATool-Brasil versão para profissionais de saúde, considerando os serviços de saúde públicos de APS no município de Porto Alegre, evidenciando que o instrumento pode ser útil para a mensuração da qualidade dos serviços de saúde de atenção primária.

Na validade fatorial os seis atributos da APS foram captados pelos primeiros nove fatores na análise fatorial, identificando, assim, a natureza multidimensional tanto do instrumento, como conceitual do fenômeno, também presente nas versões originais do instrumento usuário criança e adulto^{24,27}. O atributo longitudinalidade foi captado em dois 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 com 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 (componente de processo da longitudinalidade) mostraram-se relacionados ao acesso, enquanto que os itens sobre a continuidade da atenção (componente de 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 cuidado¹³ (Tabela 2). Essa interrelação 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 imbricados.

Os resultados para a fidedignidade sugerem consistência dos atributos longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. Por outro lado, a consistência interna foi considerada moderada para a coordenação e insuficiente para o acesso. 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. Para a discriminação os atributos longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária apresentaram os resultados mais elevados, sugerindo ter a melhor discriminação (Tabela 3).

O predomínio de itens com carga fatorial baixa ($<0,30$) e as medidas de consistência interna insuficiente e moderada sugerem, nos atributos acesso e coordenação, 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, como dias e horários de funcionamento das unidades de saúde e a transição de usuários entre os níveis primário, secundário e terciário.

Essas características são estabelecidas pela administração municipal, nos serviços públicos de saúde de Porto Alegre, apresentando-se de maneira uniforme nos quatro serviços de atenção primária. As unidades de saúde não funcionam durante a noite, nem nos finais de semana e a marcação de consultas de referência (encaminhamento) 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 ou após as oito horas da noite, atendimento 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., (2008), Haggerty et al. (2008) e Rocha et al. (2011), 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 ocorrência de alta concentração de respostas dos profissionais médicos e enfermeiros ao

PCATool em somente uma das opções da escala, apontando a total presença ou ausência da característica apresentada no item e ilustrando a baixa variabilidade existente para as diferentes opções de respostas em um mesmo item. Segundo Streiner (2008) itens desse tipo tendem a ser pouco discriminantes e tão 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 obrigatoriamente estar presentes em processos avaliativos.

Embora os resultados tenham mostrado que alguns itens, como, por exemplo, o atendimento nos finais de semana ou após as oito horas da noite, atendimento no mesmo dia quando o serviço está fechado, disponibilidade de telefone e marcação de consultas de referência (encaminhamento) para outro nível de atenção, não possuem todas as propriedades psicométricas desejáveis (discriminação alta, alfa de Cronbach $> 0,70$ e correlação item-total $> 0,30$), optou-se por mantê-los no instrumento devido à importância conceitual para a definição de APS proposta por Starfield (2002), principalmente no caso dos atributos essenciais acesso 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 em outros países.

No Brasil está disponível outra adaptação do PCATool para profissionais de saúde. Almeida e Macinko (2006) validaram essa versão utilizando uma amostra de 33 profissionais de saúde. Para a validade fatorial foi adotada uma abordagem unidimensional do instrumento, não contemplando a estrutura multidimensional, presente na versão original, que permite a avaliação individual dos atributos da APS e também do escore essencial. A fidedignidade foi avaliada exclusivamente pela consistência interna. Portanto, o processo de validade e fidedignidade foi diferente da abordagem e metodologia utilizada neste estudo, assim como, são distintas as adaptações.

O PCATool é uma ferramenta altamente recomendada para a avaliação de sistemas e serviços de saúde, porém a sua utilização exige o conhecimento prévio de

equivalência com a versão original e da validação, isto é, a descrição das suas propriedades psicométricas. Do contrário, a utilização de versões muito diferentes do instrumento ocasiona dificuldades para comparações de resultados entre estudos em âmbito nacional ou internacional.

A origem dos dados de uma única cidade pode ser considerada uma potencial limitação para generalizar resultados deste estudo, pois a amostra considera apenas profissionais médicos e enfermeiros do município de Porto Alegre, refletindo, potencialmente, validade e fidedignidade das características dos serviços públicos de APS desse município.

Também parece importante refletir sobre o grande número de itens do instrumento, o que pode ocasionar diferenças na qualidade das respostas ao longo do questionário. Além disso, a frequência de respostas “Não sei/Não Lembro” pode caracterizar uma potencial limitação. Haja visto que, para não reduzir o tamanho de amostra em estudo, o valor 2,5 foi atribuído para essas respostas na realização das análises de validação. No atributo orientação comunitária foram observados os maiores percentuais de respostas “Não sei/Não lembro”, sendo a taxa mais elevada igual a 14,1%, para o item “Rede com agências estatais e locais envolvidas com grupos culturalmente diversos”. Para os demais atributos o percentual mais alto foi de 7,1% no acesso, 1,5% na longitudinalidade, 2,4% na coordenação do cuidado, 4,7% na coordenação de sistemas de informações, 8,5% para integralidade de serviços disponíveis, 2,9% na integralidade de serviços prestados e 1,8% para orientação familiar.

Mesmo considerando as diferenças regionais quanto aos aspectos culturais, de linguagem e características dos serviços e também o grande número de itens, o PCATool-Brasil versão profissionais de saúde parece captar os principais atributos da APS e as medidas de fidedignidade apresentadas podem ser consideradas aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Portanto, o PCATool-Brasil constitui-se em um instrumento de avaliação da qualidade da APS que pode ser útil para auxiliar gestores na identificação dos atributos da APS menos presentes, que necessitam de ações imediatas.

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 cujas medidas de validade e

fidedignidades foram averiguadas neste estudo. Embora seja um instrumento um pouco extenso, permite identificar de maneira específica possíveis indicadores de baixa qualidade que necessitam de ações e/ou monitoramento.

Conclusões

O PCATool é um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando os gestores com informações sobre a presença e extensão dos diferentes atributos da APS. Este estudo evidencia que o PCATool-Brasil é um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos profissionais de saúde e, também, pode ser útil para comparar tipos ou modelos assistenciais que produzem qualidade assistencial distintas.

Colaboradores

Lisiane Hauser participou da concepção do estudo, revisão da literatura, revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto.

Álvaro Vigo participou da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados e revisão do texto.

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

Airton Tetelbom Stein da concepção do estudo, discussão dos resultados, revisão do texto

Bruce Bartholow Duncan da concepção do estudo, discussão dos resultados, revisão do texto

Agradecimentos

Este artigo faz parte de um projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Fapergs), através de 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), através de edital 49/2005 (processo 402466/2005-5), e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES), através de bolsa PRODOC, 2005.

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 (17,0)	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 aos 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)	44 (13,0)	100 (29,4)	110 (32,4)	81 (23,8)	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 quê 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
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 (24,7)	113 (33,2)	111 (32,7)	29 (8,5)	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 (53,0)	3,19	0,12
Sabe sobre consultas de pacientes com especialistas	7 (2,1)	60 (17,7)	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 (1,4)	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 (22,2)	166 (48,0)	73 (21,4)	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 (5,8)	125 (36,8)	188 (55,2)	3,45	0,39

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 ^v
Coordenação Sistema de Informação							
Solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado	0 (0,0)	5 (1,4)	2 (0,6)	52 (15,2)	281 (82,6)	3,79	0,26
Permitiria aos pacientes examinar seus prontuários médicos se assim quisessem	3 (0,9)	16 (4,7)	18 (5,2)	65 (19,1)	238 (70,0)	3,55	0,06
Os prontuários médicos estão disponíveis quando você atende os pacientes	0 (0,0)	2 (0,6)	3 (0,9)	58 (17,0)	277 (81,4)	3,79	0,03
Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	9 (2,6)	138 (40,5)	35 (10,2)	49 (14,0)	109 (32,0)	2,39	0,24
"Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	10 (2,9)	169 (49,7)	46 (13,5)	40 (11,8)	75 (22,0)	2,08	0,07
Auditorias periódicas dos prontuários médicos	16 (4,7)	222 (65,2)	57 (16,8)	27 (7,9)	18 (5,2)	1,56	0,12
Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	1 (0,3)	82 (24,1)	34 (10,0)	80 (23,5)	143 (42,0)	2,84	0,15
Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	0 (0,0)	51 (15,0)	15 (4,4)	81 (23,0)	193 (56,8)	3,22	0,25
Integralidade Serviços Disponíveis							
Aconselhamento nutricional	3 (0,9)	59 (17,4)	16 (4,7)	55 (16,1)	207 (60,5)	3,21	0,31
Exame dentário	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	4 (1,2)	335 (98,5)	3,98	0,18
Tratamento dentário	17 (5,0)	30 (8,8)	19 (5,6)	63 (18,5)	211 (62,0)	3,36	0,30
Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	2 (0,6)	66 (19,0)	14 (4,1)	47 (13,0)	211 (62,0)	3,19	0,72
Imunizações	3 (0,9)	93 (27,4)	11 (3,2)	57 (16,8)	176 (51,8)	2,93	0,72
Verificação das famílias para participação em programa ou benefício da assistência social	3 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	30 (8,8)	307 (90,2)	3,90	0,28
Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	14 (4,1)	39 (11,4)	37 (10,5)	92 (27,0)	158 (46,4)	3,11	0,38
Aconselhamento para problemas de saúde mental	0 (0,0)	22 (6,4)	21 (6,2)	83 (24,0)	214 (62,2)	3,44	0,34
Sutura de um corte que necessite de pontos	4 (1,2)	223 (65,6)	24 (7,1)	28 (8,2)	61 (17,2)	1,79	0,28
Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	0 (0,0)	3 (0,9)	4 (1,2)	26 (7,6)	307 (90,2)	3,87	0,15
Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar)	11 (3,2)	123 (36,1)	45 (13,0)	84 (24,7)	76 (22,4)	2,35	0,68
Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	8 (2,4)	339 (99,7)	104 (30,5)	47 (13,0)	88 (25,5)	2,51	0,72
Colocação de tala para tornozelo torcido	7 (2,1)	8 (2,4)	275 (80,5)	27 (7,9)	16 (4,7)	1,34	0,16
Remoção de verrugas	7 (2,1)	7 (2,1)	237 (69,7)	24 (7,1)	18 (5,2)	1,68	0,38
Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolaou)	1 (0,3)	7 (2,1)	2 (0,6)	2 (0,6)	7 (2,1)	3,95	0,14
Aconselhamento sobre como parar de fumar	7 (2,1)	1 (0,3)	23 (6,8)	14 (4,1)	69 (20,2)	3,48	0,33
Cuidados pré-natais	0 (0,0)	7 (2,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,2)	3,99	0,10
Remoção de unha encravada	7 (2,1)	223 (65,6)	25 (7,4)	16 (4,7)	69 (20,2)	1,81	0,39
Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento	7 (2,1)	19 (5,6)	24 (7,1)	86 (25,2)	189 (55,5)	3,34	0,33
Orientações sobre cuidados em saúde quando paciente incapacitado	6 (1,8)	13 (3,8)	16 (4,7)	79 (23,0)	225 (66,1)	3,53	0,32
Orientações sobre cuidados no domicílio para membro da família	21 (6,2)	6 (1,8)	9 (2,6)	46 (13,5)	273 (80,2)	3,73	0,30
Inclusão em programa de suplementação de leite e alimentos	29 (8,5)	28 (8,2)	14 (4,1)	61 (17,2)	208 (61,1)	3,36	0,11

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 ^v
<i>Integralidade Serviços Prestados</i>							
Alimentos saudáveis ou sono adequado	0 (0,0)	3 (0,9)	8 (2,4)	53 (15,5)	276 (81,1)	3,77	0,40
Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	5 (1,4)	21 (6,2)	32 (9,4)	86 (25,2)	196 (57,7)	3,35	0,51
Uso de cintos de segurança	9 (2,6)	130 (38,0)	98 (28,0)	46 (13,5)	57 (16,8)	2,10	0,44
Abordagem de conflitos familiares	1 (0,3)	16 (4,7)	23 (6,8)	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 (14,0)	288 (84,7)	3,83	0,39
Discussão sobre medicações em uso	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	31 (9,11)	308 (90,6)	3,90	0,33
Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	5 (1,4)	25 (7,4)	44 (12,2)	114 (33,5)	152 (44,7)	3,16	0,60
Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	10 (2,9)	140 (41,1)	82 (24,1)	59 (17,4)	49 (14,0)	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 (24,0)	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 (19,0)	262 (77,0)	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 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*
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 (25,9)	175 (69,7)	3,59	0,37*
<i>Orientação Familiar</i>							
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 (72,2)	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 (20,5)	263 (77,4)	3,75	0,21
Uso de genogramas e/ou outros instrumentos de avaliação do funcionamento familiar	5 (1,4)	146 (42,2)	63 (18,5)	61 (17,2)	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 (28,0)	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 (33,5)	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 (12,2)	121 (35,5)	138 (40,5)	3,07	0,55
Discussão sobre estado de saúde de outros membros da família	0 (0,0)	13 (3,8)	20 (5,8)	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 (9,11)	83 (24,0)	185 (54,0)	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 (13,0)	151 (44,0)	105 (30,5)	2,98	0,61

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 [¥]
<i>Orientação Comunitária</i>							
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 (43,0)	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 (28,0)	171 (50,2)	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 (13,0)	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 (14,0)	249 (73,0)	3,60	0,56
Pesquisas com os seus pacientes	24 (7,1)	119 (35,0)	70 (20,5)	62 (18,0)	65 (19,1)	2,25	0,61
Pesquisas na sua comunidade	30 (8,8)	111 (32,6)	63 (18,5)	61 (17,2)	75 (22,0)	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 (23,0)	194 (57,0)	3,31	0,51
Análise de dados de saúde locais ou estatísticas vitais	32 (9,4)	37 (10,5)	40 (11,8)	96 (28,0)	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
Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde	21 (6,2)	149 (43,0)	8 (2,4)	33 (9,7)	129 (37,2)	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 (19,0)	74 (21,8)	87 (25,5)	2,61	0,38
Vínculos com serviços/organizações religiosas	39 (11,4)	115 (33,0)	80 (23,5)	59 (17,4)	47 (13,0)	2,17	0,34
Envolvimento com associações de moradores/lideranças comunitários	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

* Itens específicos sobre o cuidado com as crianças

¥ Carga fatorial obtida considerando profissionais que atendem adultos e crianças e profissionais que atendem somente adultos (n=335)

& Carga fatorial obtida na análise fatorial adicional (não mostrada), considerando somente profissionais que atendem adultos e crianças (n=251)

Escala variando de 1 a 4

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	5	Acesso de Primeiro Contato	5,02
6	7	Longitudinalidade	4,26
7	15	Coordenação	3,89
8	16	Integralidade Serviços Disponíveis	3,30
9	4	Acesso de Primeiro Contato	3,23

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

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	REE [¥]	Correlação item-total (Mín - Máx)	Medidas Teste-Reteste	
						Comparação de médias ou das distribuições [#]	Concordância Bland Altman ^{&}
Primeiro contato - Acesso	340	9	0,28	74%	-0,06 - 0,22	0,892	0,781
Longitudinalidade	339	13	0,72	92%	0,14 - 0,51	0,900	0,992
Coordenação do Cuidado	340	6	0,48	79%	0,08 - 0,39	0,251	0,113
Coordenação Sistema de Informação	340	8	0,56	81%	0,07 - 0,43	0,104	0,070
Integralidade - Serviços Disponíveis	339	22	0,78	89%	0,07 - 0,59	0,879	0,788
Integralidade - Serviços Prestados [°]	340	13	0,84	99%	-	-	-
Integralidade - Serviços Prestados*	251	18	0,88	99%	0,31 - 0,69	0,061	0,068
Orientação Familiar	339	14	0,89	100%	0,40 - 0,71	0,003	0,001
Orientação Comunitária	339	21	0,90	100%	0,27 - 0,72	0,658	0,702

* Foram considerados somente profissionais que atendem adultos e crianças

[°] Foram considerados profissionais que atendem adultos e crianças e profissionais que atendem somente adultos

[¥] Razão Êxito da Escala

[#] Valor-p associado ao teste t ou Wilcoxon para amostras pareadas

[&] Valor-p associado ao teste t para amostras pareadas

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q* 2005;83:457–502.
2. World Health Organization. *Primary Health Care: Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*. 1999; 48(4):275-84.
4. Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Services*. 2000; 30(3):541-55.
5. Villalbí J, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31(6):382-5.
6. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Social Science & Medicine*. 2005; 61:65-75.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1994.
8. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
9. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/> (Último acesso em 25 de novembro de 2011).
10. Campbell S, Roland M, Buetow S. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*. 2000; 51:1611-25.
11. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ* 2000;78:717–31.
12. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy* 2008;85:263–76.
13. 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
14. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, Santor D. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* 2007;5:336–44.
15. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care* 2008;20:308–13.

16. Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, Starfield B, Riley AW, Vázquez JR, the research group for the Spanish version of the CHIP-AE. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile-Adolescent Edition (CHIP-AETM) Quality of Life Research 12: 303–313, 2003.
17. Brown C, Liford R. Cross sectional study of performance indicators for English Primary Care Trust: testing construct validity and identifying explanatory variables. *BMC Health Services Research*. 2006 Jun; 6 (81).
18. Dassow PL. Measuring performance in primary care: what patient outcome indicators do physicians value?. *J Am Board Fam Med*. 2007 Jan-Feb; 20 (1): 1-8.
19. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, 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.
20. Hussey PS, de Vries H, Romley J, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Serv Res* 2009;44:784–805.
21. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *BMJ* 1999;319:94–8.
22. Ohman-Strickland PA, John OA, Nutting PA, et al. Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Serv Res* 2007;42(3 Pt 1): 1257–73.
23. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)—development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract* 2008;9:13.
24. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;50:161W,175W
25. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;36:728–39
26. Malouin R, Starfield B, Sepulveda M. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009; 18(6):44-8.
27. 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.
28. Starfield B, Shi L. *Manual for the Primary Care Assessment Tools*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2002c.
29. 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.

30. 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 30out2011] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
31. 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.
32. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L et al. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective] (in Spanish). *Aten Primaria* 2007; 39:395–401.
33. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008;6:116–23.
34. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim S, Chung SH, Kim J, Jeon THEON, Park HK. Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; Volume 21, Number 2: pp. 103–111.
35. 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
36. 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 / Cultural and health system adaptation of the kidscreen primary care assessment Tools. *Rev. argent. salud publica* 2011; 2(8):6-14.
37. Puerto Rico Health Services Research Institute. Development of a Spanish Version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT). prhsri.rcm.upr.edu/recentpro.html (Último acesso em 30 de outubro sw 2011).
38. 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.
39. Jatrana, S., P. Crampton, et al. (2011). "Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care." *The New Zealand medical journal* 124(1329): 16-25.

40. 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.
41. Berra S, Rocha KB, Sanz MR, Pasarín MI, Rajmil L, Borrel C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*, 2011 11-285
42. Rocha KB, Sanz MR, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrel C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *European Journal of Public Health*, 2011.
43. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002b; 60:201-18.
44. 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* 2003a; 38:831-65.
45. Shi l, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Service Research.* 2002;37(3):529-50.
46. 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.
47. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use.* 2008 4^a edição Oxford University Press.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho fornece evidências sobre a validade e fidedignidade do PCATool-Brasil, considerando a perspectiva dos profissionais de saúde, tornando conhecidas as medidas do processo de validação deste instrumento no Brasil. Assim, a validação do PCATool-Brasil é relevante para proporcionar informação sobre as propriedades psicométricas auxiliando a sua utilização e também quem quer realizar esses procedimentos em outros contextos.

Na validade fatorial foram identificados os seis atributos da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária), considerados neste estudo, caracterizando a estrutura multidimensional do instrumento que possibilita a mensuração da presença e extensão de cada atributo, assim como, o grau de orientação à APS de um serviço, utilizando o escore geral. A mensuração da fidedignidade e discriminação sugere consistência interna, estabilidade no tempo e discriminação para os atributos da APS, embora a avaliação não tenha sido plena para o acesso, coordenação e orientação familiar.

Este instrumento pode auxiliar na rigorosa identificação e comparação do grau de orientação à APS dos distintos serviços de saúde, destacando o esforço científico na busca de evidências sobre a efetividade da APS. A importância deste estudo está na originalidade em ofertar um instrumento que permite mensurar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, na perspectiva dos profissionais, em diferentes serviços de saúde nacionais. Dessa forma, disponibiliza-se uma ferramenta que possibilita a realização de pesquisas com maior rigor e qualidade.

O PCATool-Brasil pode ser utilizado em investigações acadêmicas, mas também como instrumento de monitoramento e avaliação da qualidade da APS no âmbito rotineiro das equipes de saúde, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil. Permite, também, identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS. Além disso, permite a realização de pesquisas que comparem o grau de orientação à APS de diferentes serviços e/ou modelos assistências contribuindo para a definição de políticas e ações em saúde que visem à reorganização da APS no Brasil com o intuito desta alcançar seus maiores objetivos:

mensurar intervenções efetivas para a saúde da população e alcançar maior equidade tanto no estado de saúde, como na alocação de recursos financeiros.

Anexo 1 – Documentos relativos à aprovação nos Comitês de Ética em Pesquisa



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



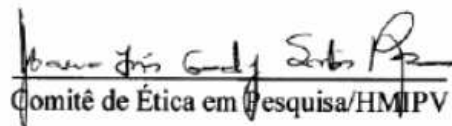
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

Bruce B Duncan

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

Atenciosamente,


Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV



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

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

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


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

Ilmo. Sr.
Erno Harzhein
UFRGS
N/C

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



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEP - GHC**

RESOLUÇÃO
Porto Alegre, 23 de junho de 2006.

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

Nº CEP/GHC: 029/06
FR: 88112

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

Pesquisador(es): Erno Harzheim

PARECER:

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

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

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

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

U
Dr. Leão Luís Harzheim
Assistente de Coordenação de Pesquisa
Gestão de Ensino e Pesquisa
GEP/GHC

Julio
Dr. Julio Baldissotto
Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / GHC fone/fax: (51) 33572407 – e-mail: pesquisas-gep.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

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

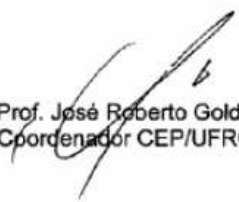
Número:2004367

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

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

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

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/UFRGS



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

RESOLUÇÃO

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

Projeto: 05-365

Pesquisador Responsável:
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

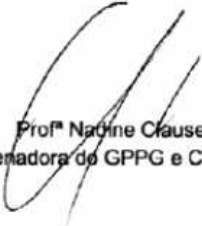
Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO PROCESSO DE ATENÇÃO E DA SUA EFETIVIDADE SOBRE A SAÚDE DO ADULTO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E EM MODELOS ALTERNATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

AMPLIAÇÃO DA PESQUISA


Data da Versão:
15/02/2006

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

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.


 Profª Nadine Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

Anexo 2 – Questionário aplicado aos profissionais de saúde, incluindo o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), versão adaptada e traduzida

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA</p>	Identificação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p>QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</p> <p>Identifique-se e diga: "Este questionário trata das características do seu serviço de saúde. Nas perguntas em que nos referimos a "seu serviço de saúde", estas se referem a você e às pessoas que trabalham diretamente com você. Por favor, responda o mais fielmente possível, descrevendo a realidade do cuidado efetuado pelos médicos e enfermeiros do seu serviço. Não há respostas certas ou erradas." (Não esqueça do TCLE)</p>	
<p>INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA</p>	
<p>IA1. Data de aplicação do questionário: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IA2. Código do Distrito Sanitário <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IA3. Código da Unidade de Saúde <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IA4. Tipo de serviço de saúde:</p> <p><input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> USs <input type="checkbox"/> Murialdo <input type="checkbox"/> GHC <input type="checkbox"/> Cassi</p>	
<p>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</p>	
<p>DI1. Qual seu nome completo?</p> <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<p>DI2. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino DI3. Data de Nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>DI4. Qual você diária que é a cor da sua pele ou sua raça? (Ler as alternativas)</p> <p><input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena</p>	
<p>DI5. Você é:</p> <p><input type="checkbox"/> Casado(a)/Tem companheiro/Ajuntado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a)/Vive sozinho <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a)</p>	
<p>DI6. Qual a sua profissão? <input type="checkbox"/> Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)</p>	
<p>DI7. Qual a data de sua formatura? <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p>DI8. Você possui alguma especialidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pular para DI10)</p>	
<p>1 / 20</p>	
<p>9650206772</p>	

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

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

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

						Identificação □□□□
Você usa os seguintes métodos para assegurar que os serviços indicados estão sendo fornecidos?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
F4. Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F5. "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F6. Auditorias periódicas dos prontuários médicos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F7. Listas de problemas nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F8. Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
F9. Outros (Favor especificar)	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□					
G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)						
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los in loco no seu serviço de saúde?						
G1. Aconselhamento nutricional	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G2. Imunizações	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G3. Verificação das famílias que podem participar de algum programa ou benefício da assistência social	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G4. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G5. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G7. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
G8. Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
7 / 20						
9554206775						

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

Identificação					
H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)					
<p>Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18). Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.</p>					
<p>Por favor, indique a melhor opção.</p>					
	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?</p>					
H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).					
<p>Por favor, indique a melhor opção.</p>					
	Com certeza, sim	Provavel- mente, sim	Provavel- mente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?</p>					
H3. Uso de cintos de segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H4. Abordagem de conflitos familiares	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6. Níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7. Medicações em uso	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H10. Prevenção de queimaduras por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11. Prevenção de quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12. Prevenção de osteoporose em mulheres	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9 / 20					
2145206774					

Identificação					
<div style="display: flex; justify-content: flex-end; gap: 5px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>					
Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?					
H14. Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H16. Tópicos de segurança para crianças menores de 6 anos: ensiná-las a atravessar a rua em segurança e uso de assentos de segurança para crianças nos carros.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H17. Tópicos de segurança para crianças entre 6 e 12 anos de idade: manter distância das armas, uso de cintos de segurança e capacetes para ciclistas.	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H18. Tópicos de segurança para crianças acima de 12 anos: sexo seguro, dizer não às drogas, não beber e dirigir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I. ENFOQUE NA FAMÍLIA					
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I2. Você ou alguém do seu serviço de saúde pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
I3. Você ou alguém do seu serviço de saúde está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10 / 20					
3380206776					

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

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

