

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL  
AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE CURITIBA, NO ANO DE 2008

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Vigo

Co-orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, 2009

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



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**  
**AVALIAÇÃO DA PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO**  
**DE CURITIBA, NO ANO DE 2008**

Eliane Regina da Veiga Chomatas

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, 2009

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, UFRGS/PPGEpi

Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés, PUCPR

Prof. Dr. Álvaro Vigo, UFRGS/PPGEpi (orientador)

## MENSAGEM

Sê

Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,

Sê um arbusto no vale mas sê

O melhor arbusto à margem do regato.

Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.

Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva

E dá alegria a algum caminho.

Se não puderes ser uma estrada,

Sê apenas uma senda,

Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.

Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...

Mas sê o melhor no que quer que sejas.

*Pablo Neruda*

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Edith e Adolfo (*in memoriam*), por me transmitirem valores e ideais que marcam a minha vida pessoal e profissional.

Aos meus familiares, em especial aos meus irmãos, pelo apoio em todas as horas.

Ao Matheos, Jacqueline e Guilherme, pela compreensão de dividir nossas horas de convívio com muitas horas de estudo, pelo incentivo e carinho em todos os momentos, possibilitando que o sonho fosse aos poucos brotando do papel.

## AGRADECIMENTOS

### **Muitos foram importantes, alguns imprescindíveis.**

A todos os mestres que, passando pela minha vida, me ajudaram a descobrir um mundo repleto de conhecimentos.

A todos os colegas e amigos que partilham vivências e vida na Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, e principalmente aos profissionais médicos e enfermeiros que aceitaram realizar as entrevistas e, assim, contribuíram para que este estudo fosse realizado.

Ao Ronald, as preceptoras Keity e Neiva, e aos alunos da validação do curso de medicina da turma 2008 (Ingrid, Roberto, Sônia, Valéria, Hembert, Ana, Fernando Genário, Sandro, Gabriel, Maria do Rocio, Kleber, Alcides, Pedro, Joel, Janaína, Alessandro, Gislayne, Wagner, Alfredo, Murilo, Rodrigo, Cadma e Cláudia) da Pontifícia Universidade Católica do Paraná pela grande contribuição na coleta de dados, primordial para a elaboração desta dissertação.

Ao Erotildes e ao Juliano, que complementaram a coleta dos dados, e a Elaine e Ruth, que dedicaram muitas horas a sua digitação.

Aos colegas de turma do mestrado, pelo tempo de convivência e a amizade que já estão marcados pela saudade.

Aos professores do mestrado profissional, pela dedicação e a competência que fizeram deste período um tempo de inesquecíveis descobertas e aprendizado.

As minhas amigas Cleide e Jussara, pelo companheirismo e oportunidade de convívio. Vocês transformaram viagens exaustivas a Porto Alegre em oportunidade de descontração e alegria. A minha amiga Inês, companheira de todas as horas e de muitas horas na coleta de dados, revisões e conversas pela internet.

Aos meus orientadores, Álvaro Vigo e Erno Harzheim, pelo incentivo, pelo aprendizado e por todas as horas dedicadas a este trabalho. Com vocês aprendi a reconhecer o papel fundamental da academia na construção de um Sistema Único de Saúde de qualidade.

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	11
1. APRESENTAÇÃO.....	13
2. INTRODUÇÃO.....	14
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	16
3.1 A Atenção Primária .....	16
3.2 A avaliação da APS .....	20
3.3 O PCATool.....	22
4. OBJETIVOS .....	25
5. REFERÊNCIAS.....	26
6. ARTIGO .....	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
8. ANEXOS .....	59

## ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
P.R.A.C.T.I.C.E.	<i>Presenting problem, Roles and structure, Affect, Communication, Time in life cycle, Illness in family Coping with stress, Ecology</i>
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PHC	Primary Health Care
Proesf	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PUC-PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
FHS	Family Health Strategy
SMS	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de saúde
UTRAD	Unidade de saúde que atua no modelo tradicional



## RESUMO

Os atributos da atenção primária à saúde (APS) - acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural - são reconhecidos na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de atenção, associados à qualidade dos serviços, à efetividade e a eficiência de suas intervenções. No Brasil, o processo de avaliação da APS encontra-se em fase de implantação, mostrando-se ainda incipiente e necessitando de estudos com rigor metodológico e marco teórico apropriado para que as análises obtidas possam subsidiar as práticas de planejamento e gestão. Desde a década de 1970, o município de Curitiba vem construindo sua rede de atenção primária baseada em dois modelos: um que incorpora médicos especialistas nas áreas básicas de pediatria, gineco-obstetrícia e clínica, além de enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais da odontologia e outro que é fundamentado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e atua com médicos generalistas e demais profissionais como no modelo anterior. Neste estudo, foram investigadas a presença e a extensão dos atributos da APS no município de Curitiba no ano de 2008, comparando unidades que atuam com o modelo tradicional e ESF, mediante o instrumento PCATool-Brasil aplicado a 490 profissionais médicos e enfermeiros de 90 unidades de atenção primária do município. Os resultados indicam que nas unidades com ESF os escores médios e o percentual de Alto Escore ( $\geq 6,6$ ) dos atributos acessibilidade, longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária são significativamente maiores que nas unidades tradicionais. O mesmo ocorre quando esses atributos são condensados nos escores Essencial, Derivado e Geral da APS. O atributo coordenação, quando avaliado individualmente, apresenta melhor resultado nas

unidades com ESF, porém sem significância estatística quando comparado às unidades tradicionais. Os resultados da regressão de Poisson robusta apontam uma associação positiva das unidades com ESF e da formação em medicina de família ou enfermagem comunitária com o Alto Escore da APS. Assim, na avaliação dos profissionais, os resultados evidenciam que em Curitiba as unidades com ESF apresentam maior presença e extensão dos atributos da atenção primária. Pela relevância do tema, indicamos a complementação da pesquisa com a aplicação do inquérito na população assistida pelos dois modelos, o que poderá acrescentar novos subsídios para a gestão municipal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Avaliação de serviços, Saúde da Família, Pesquisa de serviços de saúde

## ABSTRACT

The attributes of Primary Health Care (PHC) – access to first contact, longitudinally, comprehensiveness, coordination, family and community orientation and cultural competence are recognized in the international literature as structural pillars of the health care process, being associated with service quality and intervention effectiveness and efficiency. In Brazil the process of PHC evaluation is still at the implantation phase, revealing itself to be incipient and in need of methodologically rigorous studies and an appropriate theoretical landmark so that the analyses obtained can support planning and management practices. Since the 1970s, the city of Curitiba has been building its primary attention network based on two models: one that incorporates doctors specialized in the basic areas of pediatrics, obstetrics and gynecology and general medicine and other based on the Family Health Strategy (FHS) that operates with general practitioners. In this study the presence and extension of the attributes of PHC in the city of Curitiba during 2008 were investigated, comparing health centers that operate with the traditional model and those based on the FHS, by means of a structured study using a validated instrument (PCATool-Brazil) applied to 490 medical professionals and nurses from 90 of the city's primary health care centers. The results suggest that in the Family Health Strategy health centers the average scores and the percentage of high scores ( $\geq 6.6$ ) in relation to the attributes of accessibility, longitudinally, comprehensiveness of the available services, comprehensiveness of the services provided, family orientation and community orientation are significantly higher than in the traditional health centers. The same happens when these attributes are condensed as the PHC Essential, Derived or Overall Score. When analyzed individually the coordination attribute has better results in the Family Health Strategy health centers, although without statistical significance when compared to the traditional health centers. Robust Poisson regression indicates a positive association between

high PHC scores and FHS health centers and academic formation in family medicine or community nursing. As such, in the evaluation of the health professionals the results demonstrate that in Curitiba, the FHS health centers have greater presence and extension of primary care attributes. Due to relevance of the subject, we recommend that this study be complemented by means of a survey of the population attended by the two models, in order to provide additional support information for municipal health service management.

**Keywords:** Primary Health Care, Services Evaluation, Family Health, Health Services Research

## 1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em agosto de 2009. 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, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

Passados mais de 30 anos da Conferência de Alma Ata, a APS se consolidou como uma das formas mais equitativas e eficientes de organizar um sistema de saúde.

Segundo o documento *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas* (OPAS, OMS, 2007), cada país precisará encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza sobre a abordagem da APS. Esse mesmo documento aponta, ainda, que os países devem continuar a avaliar as inovações na APS, disseminar as melhores práticas e aprender como maximizar e sustentar seu impacto com o passar do tempo.

No Brasil, a APS também se fortalece como eixo estruturante dos sistemas de saúde municipais, porém, se apresenta nas mais diversas concepções e formas, espelhando a diversidade cultural e territorial brasileira. Em 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu como modelo nacional de APS a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, desse modo, vem induzindo progressivamente o aumento do número de equipes da ESF pelo país.

Desde a década de 70, Curitiba vem construindo um sistema de saúde com forte orientação para a APS. Baseada nos conceitos de *territorialização*, *vigilância em saúde* e *responsabilização sanitária*, a rede de unidades de saúde tem acompanhado o crescimento centrífugo da metrópole, aproximando o serviço de saúde daqueles que mais necessitam dele. Até a década de 1990, todas as unidades seguiam o modelo tradicional, com médicos clínicos, pediatras e gineco-obstetras. Em 1992, o município começou a implantar o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado ESF, em algumas unidades, atingindo atualmente uma cobertura populacional de 32,9%, com 166 equipes. Apesar de o Ministério da Saúde apoiar financeiramente a ESF por meio de incentivo, o custo da manutenção dessas equipes para o

município é maior quando comparado ao modelo tradicional pelo diferencial de remuneração dos profissionais, estabelecido por legislação municipal.

Essa realidade é encontrada em várias cidades brasileiras, principalmente nas de maior densidade populacional, e as discussões sobre os resultados de implantação da ESF nos municípios estão sempre presentes.

Este estudo apresenta uma avaliação da presença e da extensão dos atributos da APS por meio da aplicação do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, das unidades de saúde tradicionais e da ESF no município de Curitiba.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 A Atenção Primária

Os sistemas de serviços de saúde existem no mundo desde que os homens começaram a proteger sua saúde e tratar suas doenças, no início com práticas da medicina tradicional, que misturavam tratamentos fitoterápicos com práticas de curandeirismo e de aconselhamento espiritual. Segundo Mendes, “Tais práticas ainda se mantêm, hoje em paralelo ao sistema formal de serviços de saúde. Contudo, os sistemas de serviços de saúde modernos têm origem na medicina tradicional chinesa, há mais de três mil anos” (Mendes, p. 19, 2002).

Em 1920, oito anos após a instituição do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, foi divulgado um “texto oficial” tratando da organização do sistema de serviço de saúde, que distinguia três níveis principais de serviço de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola. Foram propostos vínculos formais entre os três níveis e descritas as respectivas funções. Essa formulação constituiu a base para o conceito de *regionalização*: um sistema de serviços organizado e planejado para responder às necessidades em saúde da população, servindo como modelo teórico de referência para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (Starfield, 2002).

A Declaração de Alma Ata, carta emanada da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (OMS, 1978), realizada em setembro de 1978, apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual constituem a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento socioeconômico global da comunidade, tornando-se um marco propulsor para o desenvolvimento da APS no mundo. Embasada nos princípios de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde propôs, em



1980, a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (OMS, 1980).

Apesar das diretrizes apontadas, nem todas as nações organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte atenção primária, apresentando diferenças tanto na organização dos seus sistemas como nos resultados que vêm obtendo. Uma comparação entre 12 países industrializados ocidentais indica que, aqueles que têm uma orientação forte em atenção primária, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield, 2002; Starfield *et al*, 2005a; Starfield *et al*, 2005b). De acordo com os autores, ao inverter-se a lógica dos investimentos aplicando grande parte dos recursos em atenção primária, atendendo a necessidade da população e não a demanda por tecnologias, obtêm-se melhores resultados em saúde.

Nas três últimas décadas, diversas reformas de saúde foram promovidas na maioria dos países das Américas (Ministério da Saúde, 2005a), sendo desencadeadas por vários motivos, incluindo custos crescentes, serviços ineficientes e de baixa qualidade, orçamentos públicos reduzidos, novos avanços tecnológicos e também como uma resposta às mudanças do papel do Estado (OPAS, OMS, 2007).

Na década de 70 e início dos anos 80, ainda com o regime político da ditadura militar, o Brasil apresentava movimentos pacíficos de resistência ao governo, oriundos de setores democráticos e populares da sociedade civil nacional, entre os quais o chamado Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária (Andrade, *et al*, 2000; Conasems, 2007), que teve sua expressão máxima na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1986), na qual foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), proposto posteriormente pela Constituição de 1988. Estruturado como um sistema universal e gratuito, o SUS vem se consolidando e apontando a APS como local preferencial do primeiro contato do usuário com o serviço de saúde.

Ainda na década de 70, surgiram diversas iniciativas visando ampliar as práticas de

APS nos centros de saúde tradicionalmente ligados à prestação de serviços de saúde pública para pobres. Pode-se destacar o projeto de saúde comunitária Murialdo, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, que contou com residência multiprofissional e funcionou como pólo aglutinador para outros projetos semelhantes (Conill, 2008).

A expressão *atenção básica* tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde como equivalente de APS, sendo definida como um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A atenção básica é desenvolvida pelo exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, que são dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados e pelas quais se assume responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade (ao sistema), da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, do vínculo, da equidade e da participação social (Ministério da Saúde, 2003).

Em 1991 foi implantado, pelo governo federal, o Programa de Agentes Comunitários (Ministério da Saúde, 2008). Desde 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família - posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família -, o MS vem orientando a expansão e a qualificação da atenção básica, organizada por este modelo, como um dos componentes das prioridades políticas apresentadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004a). Em 2003, por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o MS passou a apoiar financeiramente os grandes centros com vistas a aumentar a cobertura e qualificar a ESF (Ministério da Saúde, 2004b). Em 2008 havia 29.300 equipes de saúde da família implantadas em 5.235 municípios brasileiros

(94,1% do total), representando uma cobertura populacional de 49,51% (Ministério da Saúde, 2004c).

Na década de 70, acompanhando o Movimento Sanitário Brasileiro, Curitiba estabeleceu a criação paulatina de seu particular modelo de atenção à saúde, coordenado pela Diretoria de Saúde, parte integrante do Departamento de Desenvolvimento Social desde 1979. Ecoaram no município os princípios da APS da Conferência de Alma Ata, orientando a implantação de uma rede de unidades de saúde voltada ao acesso da população de baixa renda, com definição de áreas de abrangência, buscando a garantia de qualidade e eficiência do atendimento e priorizando programas (gestantes, crianças, adultos, hipertensos) de imunização e de educação em saúde. Havia quatro diretrizes básicas sustentando as propostas: democratização da atenção médica, extensão da cobertura e hierarquização dos níveis de atenção, medicina integral e participação da comunidade (Ducci, *et al*, 2001a).

Em 1988, com a nova Constituição Federal e a implantação do Sistema Único de Saúde, Curitiba consolidou essas diretrizes. Em 1991 houve a 1.<sup>a</sup> Conferência Municipal de Saúde e em 1992 foi iniciado o processo de distritalização da saúde no município. Nesse momento, os conceitos de *territorialização*, *responsabilização sanitária* e *vigilância à saúde* foram realinhados e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema reafirmou o modelo assistencial que Curitiba estava estabelecendo (Ducci, *et al*, 2001b).

Nessa época algumas experiências de médico de família começavam a emergir no país (Souza, 2007) e em Curitiba era implantada, na Unidade de Saúde Pompéia, a primeira experiência com médico generalista na perspectiva da medicina geral comunitária, hoje denominada *medicina de família e comunidade*. Em 1993, com a inauguração da Unidade de Saúde São José na região de Santa Felicidade e a participação de um médico do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre), Curitiba implantou sua primeira unidade de saúde de médico de família. Baseadas em referências metodológicas da Universidade de McGill,

Canadá, as equipes utilizam no seu cotidiano ferramentas construídas especificamente para o estudo e o diagnóstico das famílias (Genograma, P.R.A.C.T.I.C.E, Ciclo de Vida da Família, F.I.R.O.) (Ducci, *et al*, 2001c).

Em 1996 Curitiba aderiu à ESF, recebendo do Governo Federal parte do custeio das equipes, o que permitiu ao município a expansão desse modelo de atenção. Atualmente, existem 53 unidades básicas com ESF e 51 unidades básicas tradicionais (UTRAD).

Ambos os modelos atuam na filosofia da APS, porém, as unidades com ESF possuem médicos generalistas que, assim como os demais profissionais da equipe, trabalham oito horas diárias e desenvolvem atividades internas e externas da unidade de saúde (US), propiciando maior vínculo com a comunidade e melhor conhecimento do território. As UTRAD atuam com médicos das especialidades básicas (pediatras, gineco-obstetras e clínicos) que trabalham quatro horas diárias nas atividades internas das US. Nos dois modelos existem consultas de demanda espontânea e consultas vinculadas aos programas estratégicos da SMS. Em ambos estão presentes os agentes comunitários de saúde, existem áreas de abrangência subdivididas em microáreas, bem como se pratica o conceito de *vigilância em saúde* (Ducci, *et al*, 2001b).

As unidades com ESF estão distribuídas nos nove distritos sanitários do município, mas de forma heterogênea. Por exemplo, no Distrito Sanitário do Bairro Novo, todas as unidades de saúde atuam com ESF, enquanto no Distrito Sanitário do Boa Vista, que possui 15 unidades básicas, apenas 3 atuam com ESF. As unidades com ESF foram implantadas no município respeitando o princípio da equidade, em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, com o propósito de reverter os indicadores epidemiológicos.

### **3.2 A avaliação da APS**

Pela diversidade de modelos e a intensidade com que a APS tem se apresentado nos diversos locais, muitos consensos sobre conceitos e estudos acerca de métodos de avaliação

estão sendo desenvolvidos mundialmente, procurando construir ferramentas que auxiliem a gestão e o planejamento (Brown, Liford, 2006; Dassow, 2007; Gené-Badia, *et al*, 2007; Hartz, Silva, 2005; Rajmil, *et al*, 2003).

Além disso, de acordo com Contandriopoulos (p. 706, 2006):

*"os sistemas de saúde estão em crise no mundo inteiro. A crescente tensão entre as expectativas de atendimento da população em função do desenvolvimento de novos conhecimentos e técnicas, de um lado, e a necessidade de controlar gastos públicos (e conseqüentemente os gastos com a saúde), do outro, nos dão a sensação de o sistema de saúde não corresponder mais às necessidades da população, de ter sua viabilidade comprometida. Resumindo, ele necessita de reformulação e aprofundamento. Para tanto, é imperioso que as decisões, tanto dos gestores e planejadores como dos clínicos, se baseiem em conhecimentos científicos sólidos".*

Este mesmo autor defende que a avaliação pode ser definida como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, posicionarem-se e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação.

Segundo o Ministério da Saúde (p. 18-19, 2005b):

*"A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial da avaliação da atenção básica, a avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são corresponsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático".*

Apesar do grande empenho do MS nos últimos anos em pautar a discussão sobre a avaliação da atenção primária e propor instrumentos como o documento técnico de “*Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família*” (Ministério da Saúde, 2003; 2005b; 2005c), a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes e pouco incorporados às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda não constituem ferramentas nem de suporte ao processo decisório e nem de formação das pessoas nele envolvidas (Felisberto, 2004; Tanaka, 2006; Viacava, 2004).

Segundo Hartz (1999), as diversas matrizes existentes para a avaliação do desempenho de sistemas de saúde refletem o estágio incipiente da avaliação enquanto disciplina científica, bem como a natureza e a abrangência do campo de avaliação que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte real.

### **3.3 PCATool**

Em 1997, na Johns Hopkins University, Starfield e colaboradores desenvolveram o Primary Care Assessment Tool (PCATool), um instrumento de avaliação da atenção primária voltada para a saúde da criança (Starfield, 2002) e em 2001 um instrumento para atenção primária voltada para adultos (Shi, *et al*, 2001). Esse instrumento é baseado nos atributos da APS: primeiro contato (acesso), longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. Esses princípios foram formulados em 1978, a partir da abordagem proposta pelo comitê do Institute of Medicine, para avaliar a atenção primária, estabelecendo um marco importante na tentativa de delinear um método normativo para medir a incorporação da atenção primária (Starfield, 2002; Starfield, *et al*, 2005).

Esses atributos são divididos em essenciais e derivados. Os atributos essenciais são:

- 1) acessibilidade, definida como o primeiro contato ou uso do serviço a cada novo

problema ou episódio de um problema;

- 2) longitudinalidade, definida como a capacidade da unidade de saúde para identificar a população eletiva, sendo que o usuário reconhece o serviço como fonte habitual de atenção;
- 3) integralidade, definida como ações que a unidade da atenção primária deve fazer para que os pacientes recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde (mesmo que alguns não possam ser oferecidos eficientemente dentro delas), incluindo-se o encaminhamento a serviços secundários para consultas, serviços terciários, etc; e
- 4) coordenação, pressupondo alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, pelo uso de prontuários médicos, ou ambos, sendo que o serviço de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe nos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde.

Já os atributos derivados são:

- 1) orientação familiar, referindo-se ao conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades;
- 2) orientação comunitária, referindo-se ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como planejamento e avaliação conjunta dos serviços; e
- 3) competência cultural, envolvendo o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência pelas características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais.

O instrumento *PCATool* tem sido aplicado em diversos países, como a Espanha e Canadá (Pasarin, *et al*, 2007; Haggerty, *et al*, 2008). No Brasil foi utilizado - versões ainda não validadas - em estudos realizados no município de Petrópolis e no estado de São Paulo

(Macinko, *et al*, 2007; Ibañez, *et al*, 2006). As duas versões do instrumento (saúde da criança e do adulto), para aplicação aos usuários dos serviços de saúde, foram traduzidas e validadas no Brasil pelo grupo de pesquisa de atenção primária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Harzheim, *et al*, 2006a; Harzheim, *et al*, 2006b; Oliveira, 2007). A versão saúde do adulto para aplicação aos profissionais de saúde está sendo validada neste momento pelo mesmo grupo e, neste estudo, foi utilizada a versão em espelho da versão adulto dirigida a usuários.

A versão adulto (PCATool – *Adult Primary Care Assessment Tool*) é composta por blocos de perguntas que correspondem aos atributos da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). O levantamento permite a construção de escores para cada dimensão e subdimensão. Cada atributo essencial é formado por duas subdimensões, onde uma expressa questões de estrutura e outra questões de processo relacionadas ao serviço de saúde avaliado. As respostas são estruturadas seguindo uma escala tipo Likert, com escores de 1 a 4 para cada atributo ou subdimensão, da seguinte maneira: 1 = com certeza não, 2 = provavelmente não, 3 = provavelmente sim, 4 = com certeza sim (Shi, *et al*, 2001; Oliveira, 2007). A avaliação advém do conjunto de escores de cada atributo, gerando um escore global que caracteriza o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à atenção primária.



## **4. OBJETIVOS**

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária à saúde no município de Curitiba por meio da aplicação do PCATool aos profissionais de saúde, comparando unidades que atuam com o modelo tradicional e unidades que atuam com a Estratégia Saúde da Família.

## 5. REFERÊNCIAS

Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Jr T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2000; 8(1-2): 84-92.

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).

Conasems. Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios - Memórias. Brasília: Athalaia; 2007. 92p

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso em 18/12/2008]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>

Conrandiopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 705-710.

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.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. O sistema de saúde em Curitiba. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001a. p. 15-19.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. "Vigiando" e promovendo a saúde no território municipal. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001b. p. 121-3.

Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001c. p. 239-51.

Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. 2004; 4(3): 317-21.

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 Fev; 24 (1): 41-7.

Haggerty J, Pineault R, Beaulieu MD, *et al*. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6( 2): 116-23.

Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e

políticas institucionais. *Ciência & saúde coletiva*. 1999; 4(2): 341-53.

Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, *et al.* Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006a; 6(156).

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006b Ago; 22(8): 1.649-59.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, *et al.* Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703.

Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Oxford journals*. 2007; 22: 167-77.

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.

Ministério da Saúde (Brasil). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. *In: Proceedings of the VIII Conferência Nacional de Saúde*; 1986. Brasília; 1986.

Ministério da Saúde (Brasil). Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Ministério da Saúde (Brasil). Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a [acesso em 09/03/2008]. Disponível em: <http://www.tr.2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.ph>

Ministério da Saúde (Brasil). Programa de expansão e consolidação da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b [acesso em 29/11/2008]. Disponível em: <http://dt.2004.saude.gov.br/dab/proesf>

Ministério da Saúde (Brasil). Histórico da cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004c [acesso em 21/03/2009]. Disponível em: [http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2008.pdf](http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2008.pdf)

Ministério da Saúde (Brasil). Seminário Internacional: Atenção Primária em Grandes Centros Urbanos - Saúde da Família. Belo Horizonte; 2005a 11-13 Set.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005c.

Ministério da Saúde (Brasil). Saúde, Brasil. 147 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata. In: *Proceedings of the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 1978. Alma Ata (URSS); 1978.

Organização Mundial da Saúde. Resolutions of the Directing Council-CD27.R20. 1980 [acesso em 22/01/2009]. Disponível em: [http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd\\_27.htm](http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_27.htm)

Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington (US): OPAS; 2007.

Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, *et al.* An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*. 2007 Ago; 39 (8): 395-401.

Rajmil L, Serra-Sutton V, Alonso J, *et al.* The spanish version of child health and illness profile: adolescent edition (CHIP-AE). *Quality of Life Research*. 2003; 12(3): 303-13.

Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*. 2001; 50(2): 161-75.

Souza MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação

da Universidade de Brasília; 2007. 249 p.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Aff (Millwood)*. 2005a jan.-jun.; Suppl Web Exclusives: W5-97-W5-107.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005b; 83(3): 457-502.

Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3): 571-72.

Viacava F, Almeida C, Caetano R, *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 711-24.

## **6. ARTIGO**

**Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica  
de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**

**Evaluation of the presence and extension of the attributes of Primary Care in the  
basic health care network in the city of Curitiba, in the year 2008**

**Eliane Chomatas<sup>1</sup>; Alvaro Vigo<sup>2</sup>; Inês Marty<sup>1</sup>; Erno Harzheim<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Paraná, Brasil

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade  
de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
Porto Alegre, Brasil

Correspondência para os autores:

Eliane Chomatas

Rua Francisco Torres, 830, 9.º andar, Centro, Curitiba, Paraná

CEP 80060-130.

elianechomatas@terra.com.br

Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública



## RESUMO

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

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Avaliação de serviços, Saúde da Família, Pesquisa de serviços de saúde

## ABSTRACT

The attributes of Primary Health Care (PHC) – access to first contact, longitudinally, comprehensiveness, coordination, family and community orientation and cultural competence are recognized in the international literature as structural pillars of the health care process, being associated with service quality and intervention effectiveness and efficiency.

The presence and extension of the attributes of PHC in the city of Curitiba were investigated, comparing health centers that operate with the traditional model and those based on the FHS, by means of a structured study using a validated instrument (PCATool-Brazil) applied to 490 medical professionals and nurses from PHC. The results suggest that in the Family Health Strategy health centers the average scores and the percentage of high scores ( $\geq 6.6$ ) in relation to the attributes of accessibility, longitudinally, comprehensiveness of the available services, comprehensiveness of the services provided, family orientation and community orientation are significantly higher than in the traditional health centers. The same happens when these attributes are condensed as the PHC Essential, Derived or Overall Score. As such, in the evaluation of the health professionals the results demonstrate that in Curitiba, the FHS health centers have greater presence and extension of primary care attributes.

Keywords: Primary Health Care, Services Evaluation, Family Health, Health Services

Research

## INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no ano de 1978, é um marco norteador da saúde pública. Nessa conferência foram enunciados os princípios da atenção primária à saúde (APS) e ressaltada sua importância no sistema de saúde dos diversos países <sup>1</sup>. Estes conceitos foram reafirmados em diversos documentos da Organização Mundial da Saúde <sup>2, 3</sup>.

No decorrer dos anos, muitos autores procuraram abordar conceitos e atributos para definir e avaliar a APS. A abordagem formulada pelo Institute of Medicine e defendida por Starfield vem sendo aplicada em muitos países <sup>4, 5, 6, 7</sup> e seus fundamentos são utilizados inclusive no Brasil pelo Ministério da Saúde. A APS é conceituada operacionalmente como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela longitudinalidade e a integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. Essa operacionalização tem sido utilizada para definir os quatro atributos essenciais da APS: o acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção; bem como os três atributos denominados derivados, que qualificam suas ações: a orientação centrada na família (orientação familiar), a orientação comunitária e a competência cultural <sup>8, 9</sup>.

Na década de 70 e início dos anos 80, ecoavam no Brasil os princípios de Alma Ata, que encontraram no Movimento Brasileiro pela Reforma Sanitária um forte aliado <sup>10, 11, 12</sup>. Esse movimento, lutando pela implantação de um sistema gratuito e universal, teve sua expressão máxima na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde <sup>13</sup>, quando foram delineados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde incorporados na Constituição Federal de 1988 <sup>14</sup>. A partir desse momento, a APS foi se consolidando como o ponto de atenção preferencial do primeiro contato do indivíduo com o serviço de saúde. Em

1991 foi implantado pelo governo federal o Programa de Agentes Comunitários de Saúde <sup>15</sup> e, em 1994, o Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família <sup>16</sup>. A consolidação e a expansão desse modelo é uma das prioridades políticas apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde <sup>16</sup>. Em 2003, por meio do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), o MS apoiou financeiramente os grandes centros urbanos com vistas a aumentar a cobertura e qualificar a ESF <sup>17</sup>. Já em 2008 havia 29.300 equipes de saúde da família implantadas em 5235 municípios brasileiros (94,1% do total), representando uma cobertura populacional de 49,51% <sup>18</sup>.

Acompanhando o Movimento Brasileiro da Reforma Sanitária, Curitiba estabeleceu, na década de 70, a criação do seu modelo de atenção. Regida pelos princípios da Conferência de Alma Ata e da APS, a cidade iniciou a implantação de uma rede de unidades de saúde voltada ao acesso da população de baixa renda, com definição de área de abrangência, buscando garantia da qualidade, eficiência do atendimento e priorizando programas (gestantes, crianças, adultos, hipertensos) <sup>19</sup>. Após a promulgação da Constituição Federal ocorreu a municipalização, em 1991, e o processo de distritalização do município foi iniciado em 1992. Nesse momento, os conceitos de *territorialização*, *responsabilização* e *vigilância* à saúde foram realinhados, bem como se fortaleceu a APS como porta de entrada do sistema municipal de saúde. Em 1993, com a inauguração da Unidade de Saúde São José, o município de Curitiba implantou sua primeira unidade de Saúde da Família <sup>20, 21</sup>. Em 1996 Curitiba aderiu à ESF recebendo parte do custeio das equipes do governo federal, o que permitiu ao município a expansão desse modelo de atenção. Atualmente, existem 53 unidades básicas com ESF e 51 unidades básicas tradicionais (UTRAD).

Ambos os modelos atuam na filosofia da APS, porém, as unidades com ESF possuem médicos generalistas que, assim como os demais profissionais da equipe, trabalham oito

horas diárias, desenvolvendo atividades internas e externas da unidade de saúde (US), propiciando maior vínculo com a comunidade e melhor conhecimento do território. As UTRAD atuam com médicos das especialidades básicas (pediatras, gineco-obstetras e clínicos) que trabalham quatro horas diárias nas atividades internas das US. Nos dois modelos existem consultas de demanda espontânea e consultas vinculadas aos programas estratégicos da SMS, assim como agentes comunitários de saúde, áreas de abrangência subdivididas em microáreas, e prática do conceito de *vigilância em saúde* <sup>19, 20, 22</sup>.

Apesar do grande empenho do MS nos últimos anos em pautar a discussão sobre a avaliação da atenção primária <sup>8, 9</sup> e propor instrumentos, como o documento técnico de *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família* <sup>23</sup>, a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se num contexto em que os processos são incipientes e pouco incorporados às práticas. Além disso, os instrumentos existentes ainda não constituem ferramentas de suporte ao processo decisório e nem de formação das pessoas nele envolvidas <sup>8, 24, 25, 26</sup>. Como contribuição a esse processo, a avaliação da atenção primária no município de Curitiba, desenvolvida a partir dos dois modelos (tradicional e com Estratégia Saúde da Família), poderá não só nortear a tomada de decisão do gestor local, mas também trará elementos para fortalecer o processo de avaliação da atenção primária que se desenvolve no país.

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

## MÉTODO

### *Delineamento*

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

### *População e amostra*

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

Foram selecionadas as unidades implantadas antes de junho de 2006 e que atuavam exclusivamente com atenção primária, ou seja, que não possuíam especialistas de outras áreas médicas que não fossem generalistas, pediatras, gineco-obstetras ou clínicos. Assim, participaram do estudo 45 unidades que atuavam com ESF (84,9 % do total das unidades com ESF) e 47 UTRAD (92,1 % do total das unidades tradicionais).

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

### *Descrição do PCATool*

Na *Johns Hopkins University*, entre 1997 e 2001, Starfield e colaboradores desenvolveram o Primary Care Assessment Tool (PCATool), um instrumento de avaliação da atenção primária em duas versões destinadas aos usuários crianças <sup>6</sup> e adultos <sup>27</sup> e uma terceira destinada aos profissionais de saúde <sup>6</sup>. Esse instrumento é baseado em diversos itens e tem como objetivo medir a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária. No Brasil já foi utilizado em estudos realizados no município de Petrópolis <sup>28</sup> e no estado de São Paulo <sup>29</sup>. As duas versões do PCATool (saúde da criança e do adulto) para aplicação aos usuários dos serviços de saúde já foram traduzidas e validadas no Brasil <sup>30, 31</sup>. O instrumento destinado aos profissionais de saúde utilizado neste estudo é a versão em espelho das versões validadas para usuários. O questionário foi elaborado para coletar informações a respeito das características operacionais e práticas – de estrutura e do processo de atenção - relacionadas a atenção primária desenvolvida por profissionais envolvidos na assistência direta aos usuários.

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

O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para este

escore foi então transformado para uma escala entre 0 e 10, como se segue <sup>32</sup> :

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

$$4 - 1$$

Os escores geral, essencial e derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore quando  $< 6.6$  e Alto Escore quando  $\geq 6.6$ .

### *Aplicação do PCATool*

Os questionários foram aplicados por alunos do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) em processo de validação de diploma no Brasil. Em algumas unidades, em que o número de questionários preenchidos foi baixo, as entrevistas foram complementadas por profissionais técnicos da SMS. Todos os entrevistadores foram treinados, sendo realizado um piloto do estudo nas unidades básicas excluídas da amostra.

No decorrer da pesquisa foram excluídas outras duas US - uma por apresentar profissionais vinculados à outra instituição (PUC-PR) e outra por apresentar dados secundários utilizados no segundo tópico da pesquisas (apresentado em outro artigo) não confiáveis, determinados pela divisão da área de abrangência no decorrer de 2007. Um questionário foi excluído por apresentar ausência de respostas à maioria das perguntas.

### *Análise estatística*

Os questionários foram digitados em Epidata, versão 3.1. Todas as análises foram realizadas com o programa SAS, versão 9.1.3. As comparações de médias foram realizadas mediante o teste t para amostras independentes com estimativa conjunta das variâncias ou



utilizando o método de Satterthwaite para variâncias populacionais diferentes. As proporções de alto escore de atenção primária (geral e específico para cada atributo) foram comparadas com o teste z para amostras independentes. A associação entre a presença de Alto Escore de APS com os preditores foi estimada usando o modelo de regressão de Poisson robusta <sup>33</sup>.

### *Aspectos éticos*

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Protocolo 04/2008). As informações coletadas foram mantidas confidenciais, não sendo divulgados os nomes dos entrevistados. Todos os entrevistados receberam uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Os princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade) foram respeitados em todas as etapas da investigação. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## **RESULTADOS**

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

A Tabela 1 descreve as características da amostra. A idade média dos médicos das UTRAD foi de 42,5 (IC 95%: 41,2-43,8) e nas unidades com ESF foi de 42,6 (IC 95%: 40,0-45,1). Para os enfermeiros, as idades médias nas UTRAD e nas unidades com ESF foram de 35,7 anos (IC 95%: 34,0-37,3) e 39,2 anos (IC 95%: 37,5-40,9), respectivamente. Considerando a amostra global, 420 (85,7%) dos profissionais declararam ter cor da pele branca. O tempo médio de formados dos médicos foi de 17,8 anos (IC 95%: 16,4-19,1) nas

UTRAD e 17,8 (IC 95%: 15,6-20,1) nas unidades com ESF, enquanto que para os enfermeiros foi respectivamente 9,4 anos (IC 95%: 7,8-11,1) e 13,0 anos (IC 95%: 11,3-14,6). Ainda em relação à formação nas UTRAD, 199 (89,2%) médicos e 46 (59,7%) enfermeiros referiram ter alguma especialização e nas ESF os números encontrados foram 70 (76,9) e 63 (63,6) respectivamente.

Os médicos das unidades com ESF dedicaram à educação comunitária 5,3% (IC 95%: 4,0-6,6) da carga horária, mais que o dobro da carga dos médicos das UTRAD, igual a 2,4% (IC 95%: 1,5-3,4) ( $p=0,01$ ). Para as visitas domiciliares, esses percentuais foram ainda mais discrepantes, sendo 8,8% (IC 95%: 7,5-10,1) e 1,2% (IC 95%: 0,5-1,9) respectivamente para unidades com ESF e as UTRAD ( $p<0,01$ ). Similarmente, o percentual da carga horária despendido para discussão de casos com a equipe foi de 1,9% (IC 95%: 1,2-2,7) para os médicos das UTRAD contra 5,1% (IC 95%; 3,8-6,5) nas unidades com ESF ( $p<0,01$ ).

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

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

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

Os médicos e enfermeiros das unidades com ESF e os enfermeiros das UTRAD indicam a capacitação em serviço como a principal estratégia de capacitação, enquanto entre os médicos das UTRAD a participação em congressos foi mais citada. Em relação à percepção do grau de violência na comunidade onde atuam, 26,9% dos médicos e 40,3% enfermeiros das unidades tradicionais relatam que é alto, enquanto nas unidades com ESF esses valores são 60,4% e 73,7%, respectivamente. Altos índices de motivação, criatividade e orgulho pelo trabalho realizado são apontados pela maioria dos profissionais nos dois modelos de atenção.

A Tabela 4 mostra a presença e a extensão dos atributos da APS considerando os escores médios de cada atributo, o Escore Essencial, o Escore Derivado e o Escore Geral da APS separadamente para as unidades tradicionais ou com ESF. Para todos os atributos, os escores médios alcançados pelas unidades com ESF superaram os das UTRAD, embora no atributo coordenação a diferença não seja estatisticamente significativa. As unidades com ESF também apresentam maior percentual de alto escore ( $\geq 6.6$ ) da APS, tanto nos atributos individuais quanto nos escores essencial, derivado e geral da APS.

Os resultados da regressão de Poisson robusta univariável e multivariável são mostrados na Tabela 5. Quando as duas categorias profissionais são avaliadas em conjunto

(modelo geral), unidades com ESF (RP=1,5; IC 95%: 1,34-1,74) e profissionais com formação em medicina de família ou enfermagem comunitária (RP=1,2; IC 95%: 1,01-1,35) estão associados com um aumento da prevalência de Alto Escore Geral da APS, mesmo ajustando para tempo de formado, carga de trabalho semanal e tempo de serviço na SMS. Por outro lado, ser profissional médico em relação ao enfermeiro (RP=0,8; IC 95%: 0,73-0,94) e possuir qualquer outra especialização (RP=0,8; IC 95%: 0,74-0,99) estão associados com uma diminuição da prevalência de Alto Escore Geral da APS.

Nos modelos multivariáveis estratificados, entre os médicos a presença de alto escore geral da APS está associada positivamente com unidade com ESF (RP=1,6; IC 95%: 1,21-2,03) e número de consultas semanais (para um aumento de 10 consultas semanais, RP=1,0; IC 95%: 1,00-1,09). O tempo de formado, possuir formação em medicina de família, carga horária semanal e tempo de serviço na SMS não apresentaram associação significativa. Para os enfermeiros, unidade com ESF (RP=1,2; IC 95%: 1,03-1,43) e possuir formação em enfermagem comunitária (RP=1,1; IC 95%: 1,03-1,24) estão associadas positivamente com a presença de alto escore geral da APS, mesmo ajustando para o tempo de formado, carga de trabalho semanal e tempo de serviço na SMS.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo evidenciam que, em Curitiba, na avaliação dos profissionais médicos e enfermeiros, as unidades com ESF apresentam maior presença e extensão dos atributos da atenção primária. As unidades ESF de Curitiba parecem apresentar maior proporção de profissionais com formação específica em medicina de família do que o relatado em estudos realizados com profissionais do estado do Rio Grande do Sul<sup>34</sup> e também da cidade de Porto Alegre<sup>35</sup>, e sugerem apontar para o maior interesse na formação e em titulação específica na área pelos profissionais das unidades com ESF de Curitiba.

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

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

Alguns estudos realizados por Guanais e Macinko têm demonstrado que a expansão da Estratégia Saúde da Família tem grande relação com a diminuição das taxas de mortalidade infantil e dos internamentos por condições sensíveis à atenção ambulatorial como diabetes e problemas respiratórios <sup>36, 37</sup>, devido à melhoria do acesso da população à atenção primária. Porém, no presente estudo a acessibilidade é o atributo com menor escore médio e, apesar do melhor resultado nas unidades com ESF, não atinge o nível de 6,6 (ponto de corte), sendo assim considerado um baixo escore. Observando vários estudos que utilizaram o PCATool, verificamos que os resultados não são homogêneos. Nos estudos com usuários e profissionais de saúde realizados em Petrópolis <sup>28</sup> e no município de São Paulo <sup>38</sup>, os resultados obtidos dos profissionais de saúde foram superiores no quesito do acesso quando comparados aos usuários. Ibañez encontrou resultados semelhantes para o atributo acesso quando pesquisado em usuários e trabalhadores entre unidades ESF e UTRAD <sup>29</sup> apontando valores medianos para este atributo. Em um estudo realizado em Porto Alegre, Cunha <sup>34</sup> encontrou alto escore no atributo acessibilidade em ambos os modelos, com uma diferença significativa a favor da

ESF. No presente estudo, em consonância com vários estudos nacionais que utilizaram o PCATool, o resultado foi divergente, apontando baixo escore médio <sup>28, 29, 38, 39, 40, 41, 42, 43</sup>. Este atributo também apresentou baixo escore em estudo internacional que utilizou a mesma metodologia e foi realizado por Haggerty <sup>44</sup>, com usuários e profissionais no Quebec. No seu estudo, Haggerty menciona que, em uma pesquisa nacional sobre acesso aos serviços de cuidados de saúde, 18,8% dos canadenses relataram ter dificuldades para acessar esses serviços para problemas de saúde agudos em 2001, e estes índices aumentaram para 24,2% em 2003. Outros estudos que utilizam metodologias diversas <sup>45, 46, 47</sup> reforçam esse resultado, apontando que o primeiro contato dos usuários com o sistema ainda apresenta barreiras a serem superadas.

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

É conveniente ressaltar que a organização dos serviços da APS de Curitiba apresenta diferenças importantes em relação a outros locais onde o PCATool foi aplicado, com estruturas de APS padronizadas com atendimento de segunda a sexta-feira no período diurno. Em Curitiba, o sistema municipal de saúde está estruturado com centros municipais de urgências médicas, que atendem às demandas dos usuários nos horários em que as unidades não estão abertas e este fato poderia contribuir para que a percepção de acesso fosse melhor em Curitiba, mas aspectos de acessibilidade próprios das unidades de APS de Curitiba devem

ser revisados a fim de que se garanta esse atributo essencial.

Em relação à longitudinalidade, o estudo revela baixo escore nas unidades tradicionais e alto escore nas unidades com ESF, sugerindo que os profissionais destas equipes percebem maior vinculação dos usuários aos serviços, sendo capazes de reconhecer melhor sua população eletiva. Este resultado é semelhante aos encontrados nos estudos realizados na região Centro-Oeste por Stralen <sup>42</sup> e em municípios do estado de São Paulo por Ibañez <sup>29</sup>. Nos resultados apresentados por Elias, referentes ao município de São Paulo <sup>38</sup>, foi encontrada diferença significativa entre as unidades com ESF e as unidades tradicionais apenas no estrato de maior exclusão.

Por outro lado, o atributo da coordenação obteve alto escore nos dois modelos de atenção. O resultado deste atributo demonstra a importância do investimento feito pelo município no sistema informatizado, que é um elemento facilitador, seja nos resultados dos exames laboratoriais de análises clínicas disponibilizados *on-line* no prontuário, ou na operacionalização da marcação de consultas especializadas. O resultado deste atributo em Curitiba é semelhante ao encontrado na região Centro-oeste <sup>42</sup>, mas difere dos estudos em municípios do estado de São Paulo, em que Ibañez classifica como “insuficientes”, semelhantemente aos resultados de Porto Alegre relatados por Oliveira <sup>32</sup> e Cunha <sup>34</sup>.

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

Em ambos os modelos, os atributos orientação comunitária e orientação familiar obtiveram altos escores, diferindo de outros estudos realizados no país nos quais, apesar do melhor resultado das unidades com ESF, os valores encontrados são caracterizados como de baixo escore <sup>29, 38, 42</sup>. O alto desempenho encontrado em Curitiba pode ser atribuído aos

princípios incorporados na construção da APS no município, como a territorialização, a vigilância à saúde e a responsabilização sanitária, presentes em ambos os modelos.

Na avaliação do escore geral, que abrange todos os atributos, as UTRADS obtiveram, em média, escore limítrofe de 6,6 e as unidades com ESF obtiveram o alto escore de 7,4, apontando maior presença e extensão dos atributos da APS neste último modelo, em Curitiba, na visão dos profissionais. Em Porto Alegre, a avaliação do escore geral relatada por Oliveira<sup>32</sup> também aponta melhor resultado nas unidades com ESF, apesar de nos dois modelos os valores encontrados serem inferiores aos apresentados neste estudo, em Curitiba.

Na modelagem multivariável, o modelo geral evidencia que o aumento da prevalência de alto escore geral da APS está associado com o tipo de unidade (ESF) e a formação em medicina de família ou enfermagem comunitária. Esses resultados demonstram a importância de Curitiba investir na qualificação dos profissionais da ESF, pois, além da manutenção da realização do curso introdutório da ESF para todos os profissionais das equipes, nos últimos anos o município tem firmado parcerias com entidades formadoras, ofertando vagas em cursos de especialização em saúde da família, financiando em conjunto com o Ministério da Saúde, a residência de medicina da família da PUC-PR e também apoiando a realização da prova de titulação de médico de família.

Um aspecto a ser considerado neste estudo está nas características peculiares da APS no município de Curitiba, com uma estruturação de UTRAD que não corresponde à organização encontrada em outros municípios brasileiros, não permitindo que os resultados sejam generalizados.

Pela relevância do tema, indicamos a complementação da pesquisa com a aplicação do inquérito na população assistida pelos dois modelos, cujos resultados podem acrescentar novos subsídios para a gestão municipal.

No momento que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-



americana da Saúde (OPAS) organizam um grupo de especialistas para analisar e renovar valores e princípios em relação à atenção primária à saúde nas Américas, após a comemoração dos 25 anos da Conferência de Alma Ata e afirmando que cada país precisará encontrar sua própria forma de construir uma estratégia sustentável para fundamentar seu sistema de saúde com mais firmeza na abordagem da APS <sup>3</sup>, verificamos a importância de estudos científicos consistentes que aprofundem a avaliação da APS dentro dos diversos contextos em que ela está implantada, construindo subsídios para o seu avanço e fortalecimento.

### **Colaboradores**

Eliane Regina da Veiga Chomatas participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, da construção e revisão da base de dados, da análise dos resultados, da construção das tabelas e da redação do texto.

Erno Harzhein e Álvaro Vigo participaram da concepção do estudo, da análise e discussão dos resultados e da revisão do texto.

Inês Kultchek Marty participou na construção da base de dados.

### **Conflitos de interesse**

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

### **Agradecimentos**

Ao Ministério da Saúde e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela realização do Mestrado Profissional em Epidemiologia: Gestão de Tecnologias em Saúde.

Ao Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) – CNPq/Brasil pelo apoio financeiro para a realização do mestrado profissional.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba pelo apoio logístico e oferta de campo de pesquisa. Aos tutores e alunos da co-validação do curso de medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná pela cooperação no trabalho de campo

## Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata. *In: Proceedings of the Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*; 1978. Alma-Ata (URSS); 1978.
2. Organização Mundial da Saúde. Resolutions of the Directing Council-CD27.R20. 1980 [acesso em 22/01/2009]. Disponível em: [http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd\\_27.htm](http://www.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_27.htm)
3. Organização Pan-americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: documento de posicionamento da OPAS/OMS. Washington (US): OPAS; 2007.
4. Gené-Badia J, Ascaso C, Escaramis-Babiano G, Sampietro-Colom L, Catalan-Ramos A, Sans-Corrales M, *et al.* Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Fam Pract.* 2007 Fev; 24 (1): 41-7.
5. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, *et al.* Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med.* 2007 Jul-Ago; 5(4): 336-44.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação na atenção básica em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.
10. Andrade LOM, Pontes RJS, Martins Jr T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2000; 8(1-2): 84-92.
11. Conasems. Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e municípios - Memórias. Brasília: Athalaia; 2007. 92p
12. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24 Suppl 1:S7-16.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. *In: Proceedings of the VIII Conferência Nacional de Saúde*; 1986. Brasília; 1986.
14. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso em 18/12/2008]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
15. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde, Brasil. 147 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de expansão e consolidação da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Histórico da cobertura da saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. O sistema de saúde em Curitiba. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos.* Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 15-19.

20. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. Programa Saúde da Família em Curitiba: estratégia de implementação da vigilância à saúde. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 239-51.
21. Souza MF. Programa Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 249 p.
22. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés SJ. "Vigiando" e promovendo a saúde no território municipal. *In: Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba; 2001. p. 121-3.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*. 2004; 4(3): 317-21.
25. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: "cuisine internationale" over fast food and "sur mesure" over ready-made. *Cad Saude Publica*. 1999 Abr-Jun; 15(2): 229-45.
26. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2): 341-53.
27. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*. 2001; 50(2): 161-75.
28. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Oxford journals*. 2007; 22: 167-77.
29. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, *et al*. Avaliação do desempenho da atenção básica no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006 Jul-Set; 11(3): 683-703.
30. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Goncalves MR, Trindade TG, *et al*. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2006a; 6(156).
31. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. 2006b Ago; 22(8): 1.649-59.
32. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
33. Spiegelman D. Easy SAS calculations for risk or prevalence ratios and differences. *American Journal of Epidemiology*. 2005 Ago; 162(3): 199-200.
34. Cunha CRH, Harzheim E, Duncan BB, Álvarez-Dardet C. Percepção da qualidade da atenção à saúde infantil pelos médicos e enfermeiros: comparação entre o Programa Saúde da Família e o modelo tradicional [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
35. Silva VS, Harzheim E, Castro Filho ED, Agostinho MR, Esperandio E, Soares GV, *et al*. Perfil dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família participantes do Projeto Telessaúde-RS. *Revista HCPA*. 2008; 28(Suppl):147.
36. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2): 78-9.
37. Macinko J, Guanais F, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal Epidemiol Community Health*. 2006; 60: 13-9.
38. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohr A, Kishima V, Escrivão A Jr, *et al*. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Jul-Set; 11(3): 633-41.

39. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
40. Kolling JHG, Fontanive PVN, Castro Filho ED, Harzheim E. Extensão dos atributos de atenção primária à saúde nas equipes de saúde da família do projeto Telessaúde de RS e seus determinantes de qualidade [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
41. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. 118p.
42. Stralen CJ, Belisário SA, Stralen TBS, Lima AMD, Massota AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na região centro-oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s148-s58.
43. Viana ALÁ, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Bousquat A. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s79-s90.
44. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunnelle Y, Gauthier J, Goulet F, *et al.* Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine*. 2008; 6( 2): 116-23.
45. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. 2002; 18(Suppl): 191-202.
46. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1):s100-s10.
47. Souza MLP, Garnelo L. “É muito dificultoso”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(Suppl 1): s91-s99.

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

Característica	Médicos		Enfermeiros	
	UTRAD (N=223)	ESF (N=91)	UTRAD (N=77)	ESF (N=99)
Sexo				
Masculino	39,9	56,0	5,2	7,1
Feminino	60,1	44,0	94,8	92,9
Cor da pele				
Branca	86,5	85,7	85,7	88,9
Não branca	13,5	14,3	14,3	11,1
Estado civil				
Casado	65,5	63,7	64,9	64,6
Outros	34,5	36,3	35,1	35,40
Especialização				
Sim	89,2	76,9	59,7	63,6
Não	10,8	23,1	40,3	36,4
Residência em medicina da família	7(3,1)	10(11,0)	-	-
Prova de título em medicina da família	3(1,4)	27(29,7)	-	-
Residência ou prova de título em clínica médica	16(7,2)	7(7,7)	-	-
Residência ou prova de título em pediatria	87(39,0)	12(13,2)	-	-
Especialização em saúde pública	6(2,7)	8(8,8)	6(7,8)	12(12,1)
Especialização em saúde da família	8(3,6)	19(20,9)	10(13,0)	18(18,2)
Residência ou prova de título em ginecologia-obstetrícia	51(22,9)	7(7,7)	-	-
Especialização ou residência em enfermagem comunitária	-	-	-	3(3,0)
Residência em medicina social	-	1(1,1)	-	-
Residência multiprofissional	2(0,9)	-	-	-
Outras especializações*	18(8)	6(6,6)	9(11,7)	7(7,6)
Idade (anos)	42,5(0,65)	42,6(1,28)	35,7(0,83)	39,2(0,86)
Tempo de formado (anos)	17,8(0,70)	17,8(1,13)	9,4(0,82)	13,0(0,84)
Número de locais de trabalho	2,9(0,07)	1,8(0,10)	1,3(0,06)	1,1(0,03)
Número de horas de trabalho/semana	50,1(1,15)	50,2(1,29)	46,2 (1,45)	42,7(0,97)
Tempo de serviço (anos)				
US	5,8(0,42)	5,2(0,55)	2,0(0,29)	4,0(0,49)
SMS	8,1(0,51)	10,1(0,81)	3,5(0,56)	6,8(0,58)
Número médio de consultas na semana	74,3(1,45)	121,2(2,35)	44,3(3,03)	50,0(2,78)
% de carga horária semanal				
20 horas	97,3	-	2,6	-
40 horas	2,6	100	97,4	100
% de carga horária semanal por atividade				
Educação comunitária	2,5	5,3	10,4	11,3
Visitas domiciliares	1,2	8,8	8,2	11,9
Reuniões	2,6	6,0	9,2	7,9
Consulta demanda	44,6	41,4	31,0	27,8
Consulta programada	47,3	33,4	34,3	33,2
Discussão de caso	1,9	5,1	6,9	7,8

<sup>†</sup> EP – Erro padrão da média

\* -- Especializações não direcionadas à APS (cardiologia, hematologia, neurologia etc.)

Tabela 2 – Frequência (%) de satisfação dos profissionais de acordo com tipo de unidade de saúde e categoria profissional.

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

<sup>†</sup> Muito satisfeito ou satisfeito

\* Indiferente ou insatisfeito ou muito insatisfeito

<sup>§</sup> Associado ao teste  $\chi^2$  com correção de Yates

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

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

<sup>†</sup> Diferentes tipos de capacitação podem ter sido realizados no período pelo mesmo profissional

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

ATRIBUTO	Escores médios (IC 95%)			Escore alto (≥ 6,6)		
	UTRAD (N = 300)	ESF (N = 190)	P-valor <sup>‡</sup>	UTRAD n (%)	ESF n (%)	P-valor <sup>*</sup>
<b>Atributos da Atenção Primária</b>						
Acessibilidade	4,7 (4,5–4,8)	5,1 (4,9–5,3)	0,0018	26 (8,7)	35 (18,4)	0,0014
Longitudinalidade	6,2 (6,1–6,4)	6,7 (6,6–6,9)	< 0,0001	121 (40,3)	106 (55,8)	0,0008
Coordenação	6,9 (6,7–7,0)	7,0 (6,8–7,1)	0,5301	191 (63,7)	127 (66,8)	0,4730
Integralidade/serviços disponíveis	7,1 (7,0–7,2)	7,9 (7,8–8,0)	< 0,0001	217 (72,3)	171 (90,0)	< 0,0001
Integralidade/serviços prestados	5,9 (5,7–6,2)	8,3 (8,2–8,5)	< 0,0001	143 (47,7)	172 (90,5)	< 0,0001
<b>Essencial</b>	<b>6,2 (6,1–6,3)</b>	<b>7,0 (6,9–7,1)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>102 (34,0)</b>	<b>142 (74,7)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
Orientação familiar	7,8 (7,6–8,0)	8,5 (8,3–8,7)	< 0,0001	261 (87,0)	184 (96,8)	0,0002
Orientação comunitária	7,6 (7,4–7,8)	8,1 (7,9–8,3)	0,0001	233 (77,7)	168 (88,4)	0,0026
<b>Derivado</b>	<b>7,7 (7,5–7,9)</b>	<b>8,3 (8,2–8,5)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>238 (79,3)</b>	<b>178 (93,7)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>
<b>Geral</b>	<b>6,6 (6,5–6,7)</b>	<b>7,4 (7,3–7,5)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>152 (50,7)</b>	<b>164 (86,3)</b>	<b>&lt; 0,0001</b>

<sup>†</sup> Os escores assumem valores de 0-10.

<sup>‡</sup> Obtido pelo teste *t* para amostras independentes com estimativa conjunta das variâncias ou utilizando o método de Satterthwaite para variâncias diferentes.

<sup>\*</sup> Obtido mediante teste Z para comparação de duas proporções com amostras independentes.



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

PREDITORES	Modelo Geral : médicos e enfermeiros		Modelo Estratificado: médicos		Modelo Estratificado: enfermeiros	
	Univariável RP (IC 95%)	Multivariável RP (IC 95%)	Univariável RP (IC 95%)	Multivariável RP (IC 95%)	Univariável RP (IC 95%)	Multivariável RP (IC 95%)
Tipo de unidade (ESF x UTRAD)	1,7 (1,50-1,93)	1,5 (1,34-1,74)	2,0 (1,65-2,34)	1,6 (1,21-2,03)	1,2 (1,04-1,41)	1,2 (1,03-1,43)
Sexo (M x F)	0,8 (0,72-0,98)		1,0 (0,82-1,22)		1,0 (0,76-1,34)	
Idade (aumento de 10 anos)	0,9 (0,87-1,00)		1,0 (0,88-1,07)		1,0 (0,89-1,08)	
Profissão: médico x enfermeiro***	0,7 (0,60-0,77)	0,8 (0,73-0,94)				
Especialização (sim x não)	0,8 (0,68-0,87)	0,8 (0,74-0,99)	0,7 (0,59-0,92)		0,9 (0,83-1,10)	
Tempo de formado (aumento de 5 anos)	1,0 (0,93-0,99)	1,0 (0,93-1,01)	1,0 (0,94-1,04)	1,0 (0,92-1,04)	1,0 (0,94-1,04)	1,0 (0,90-1,03)
Formação em medicina de família ou enfermagem comunitária**	1,3 (1,14-1,48)	1,2 (1,01-1,35)				
Formação em medicina de família*			1,5 (1,27-1,84)	1,0 (0,84-1,28)		
Formação em enfermagem comunitária***					1,2 (1,15-1,33)	1,1 (1,03-1,24)
Carga de trabalho semanal (aumento de 1h)	1,0 (0,99-1,00)	1,0 (0,99-1,00)	1,0 (0,99-1,00)	1,0 (0,99-1,00)	1,0 (0,99-1,00)	1,0 (0,99-1,00)
Tempo de serviço na SMS	1,0 (0,99-1,01)	1,0 (0,99-1,02)	1,0 (0,99-1,01)	1,0 (0,99-1,02)	1,0 (0,99-1,02)	1,0 (0,99-1,02)
Número de consultas semanais*			1,0 (1,00-1,03)	1,0 (1,00-1,09)		

† Razão de prevalências (RP) estimada usando modelo de regressão de Poisson robusta

\* Apenas para o modelo estratificado por profissão: médicos

\*\* Apenas para o modelo geral: médicos + enfermeiros

\*\*\* Apenas para o modelo estratificado por profissão: enfermeiros

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo abordou-se a presença e a extensão dos atributos da APS no município de Curitiba, na visão dos profissionais que atuam nas unidades com ESF e UTRADS.

Considerando a mudança da faixa etária da população (o segmento acima dos 60 anos já representa mais que 10% do total) e entendendo que os agravos crônicos relacionados com doenças do aparelho cardiocirculatório, doenças metabólicas e degenerativas serão cada vez mais predominantes, verificou-se que a presença e a extensão dos atributos da APS serão cada vez mais relevantes.

Os resultados aqui apresentados revelam um melhor desempenho desses atributos nas unidades com ESF, o que está relacionado, entre outros fatores, com a melhor qualificação dos seus profissionais na APS, indicando ao gestor municipal que este modelo deve ser considerado na implantação de novas unidades ou para a reversão do modelo nas unidades já existentes.

Estudos que considerem a visão dos usuários, utilizando metodologia semelhante, podem acrescentar elementos importantes nesta discussão.

Também faz parte deste estudo uma análise comparativa entre as unidades tradicionais e as unidades com ESF, por meio de resultados de indicadores de processo da APS, cujos dados preliminares sugerem um melhor desempenho das unidades com ESF, sendo que este artigo está em fase de elaboração para ser publicado.

## **ANEXOS**

Anexo A - Projeto de Pesquisa [versão aprovada na defesa de projeto]

Anexo B - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa

Anexo C - Questionários / Formulários

Anexo A - Projeto de Pesquisa  
[versão aprovada na defesa de projeto]

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul  
**Faculdade de Medicina**  
Programa de Pós-graduação de Epidemiologia  
Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias em Saúde

## **PROJETO DE PESQUISA**

### **Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2007**

Mestranda: Eliane Regina da Veiga Chomatas

Orientadores: Álvaro Vigo  
Erno Harzheim

**Local de origem:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia  
Mestrado Profissional de Gestão de Tecnologias em Saúde

**Local do campo de pesquisa:** Prefeitura Municipal de Curitiba  
Secretaria Municipal da Saúde

#### **1. Caracterização do Problema**

---

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS)-acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural são reconhecidos na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de APS, associadas à qualidade dos serviços, à efetividade e eficiência de suas intervenções.

Desde a década de 70, Curitiba estabelece a criação paulatina de seu particular modelo de atenção à saúde, coordenado pela Diretoria de Saúde, parte integrante desde 1979 do Departamento de Desenvolvimento Social. Fala-se então da Conferência de Alma Ata, da Atenção Primária à Saúde (APS), da implantação de uma rede de unidades permitindo acesso à população de baixa renda, da definição de áreas de abrangência, da garantia de qualidade e eficiência do atendimento priorizando programas (gestantes, crianças, adultos, hipertensos), de imunização, educação em saúde e delegação de função. Havia quatro diretrizes básicas sustentando as propostas: democratização da atenção médica, extensão da cobertura e hierarquização dos níveis de atenção, medicina integral e participação da comunidade.

Em 1988 com a nova Constituição Federal e a implantação do Sistema Único de Saúde, Curitiba consolida estas diretrizes. Em 1991 acontece a 1ª Conferência Municipal de Saúde e em 1992 inicia-se o processo de distritalização do município. Neste momento os conceitos de territorialização, responsabilização sanitária e vigilância à saúde são novamente realinhadas, e o fortalecimento da atenção primária como porta de entrada do sistema reafirma o modelo assistencial que Curitiba estava estabelecendo.

Nesta época algumas experiências de médico de família começavam a emergir no país, e Curitiba, na Unidade de Saúde Pompéia, implanta a primeira experiência com médico generalista na perspectiva da Medicina Geral Comunitária. Em 1992 com a construção da Unidade de Saúde São José, na região de Santa Felicidade, e a participação de um médico do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre) Curitiba implanta sua 1ª Unidade de Saúde de Médico de Família.. Baseada em referências metodológicas da Universidade de McGill, no Canadá, as equipes utilizam no seu cotidiano ferramentas construídas especificamente para o estudo e diagnóstico das famílias ( Genograma, P.R.A.C.T.I.C.E, Ciclo de Vida da Família, F.I.R.O).(29)

Em 1996, Curitiba faz adesão ao Programa de Saúde da Família do governo federal, o que permite a sua expansão. Atualmente existem 52 Unidades Básicas com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 47 Unidades Básicas atuando com o modelo tradicional. A Estratégia de Saúde da Família foi implantada no município, principalmente nas áreas sócio-econômicas menos favorecidas e de ocupação mais recente.

Na ESF todos os profissionais atuam com carga horária de oito horas diárias, propiciando o maior vínculo entre a equipe e a comunidade. A atuação é focada na família, procurando compreender e intervir nos determinantes do processo saúde-doença. Os médicos atuam como generalistas, e cada equipe (composta por: médico, enfermeiro, três a quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e equipe de odontologia) da Unidade de Saúde é responsável por determinada micro-área do território. A equipe tem atuação dentro da Unidade de Saúde, atendendo tanto a demanda espontânea como a agenda programada para cuidados de grupos de maior risco, bem como atuam na comunidade com busca ativa e cuidados domiciliares. Nas Unidades Básicas Tradicionais, os profissionais médicos e odontólogos, atuam com carga horária diária de quatro horas e a atuação, principalmente destes profissionais se dá apenas na Unidade de Saúde. Cabe salientar que na Unidade Básica Tradicional também é realizada atenção programada para grupos de maior risco, inclusive com busca ativa de faltosos pela equipe de enfermagem/ACS. Em todas as Unidades Básicas, seja ESF ou Tradicionais encontram-se presentes Agentes Comunitários de Saúde

As Unidades com ESF estão distribuídas nos nove distritos sanitários, mas de forma heterogênea, por exemplo, no Distrito Sanitário do Bairro Novo todas as Unidades atuam com ESF e no Distrito Sanitário da Matriz apenas duas.

Curitiba desde 1999 vêm desenvolvendo um sistema informatizado, com prontuário eletrônico, que permite a obtenção de dados do atendimento da população à nível local, possibilitando a análise dos mesmos pela equipe e o re-direcionamento do processo de trabalho.

O Ministério da Saúde aponta para a expansão e qualificação da atenção básica, organizada através da Estratégia Saúde da Família, como um dos componentes das prioridades políticas apresentadas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Com isto

o Ministério da Saúde passa a apoiar e estimular a reversão do modelo, inclusive nos grandes centros, baseado em resultados expressivos, mas principalmente localizados onde a atenção básica era inexistente ou desorganizada. Por outro lado, o país apresenta grande diversidade na implantação e consolidação da atenção primária, existindo locais onde ela é incipiente e outros onde a realidade já é diferenciada, coexistindo os dois modelos.

Em Curitiba, onde a construção da atenção primária ocorreu de forma diferenciada, existem questionamentos referentes ao incremento da qualidade da atenção em decorrência da implantação da Estratégia da Saúde da Família, se comparada à Atenção Básica Tradicional, sendo que a primeira impõe ao município um aumento expressivo do custeio, já que a remuneração dos profissionais é diferenciada, pois incorpora gratificações específicas da Estratégia de Saúde da Família aos salários dos servidores.

A avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Além disso, os instrumentos existentes ainda não se constituem ferramentas de suporte ao processo decisório nem de formação das pessoas nele envolvidas.

O processo de avaliação da APS ainda é frágil para fornecer subsídios ao gestor para tomada de decisão quanto à reversão do modelo. A avaliação no município de Curitiba que possui uma atenção primária construída e organizada desde a década de 1970, poderá nortear a tomada de decisão do gestor local, mas também trará contribuições no processo de avaliação da atenção primária que se fortalece no país.



## 2. Objetivos e Metas

---

### **Objetivo principal:**

Avaliar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde no município de Curitiba, comparando Unidades que atuam com o modelo tradicional com Unidades que utilizam a Estratégia Saúde da Família.

### **Objetivos Específicos**

- 1) Comparar a presença e extensão dos atributos da APS entre o modelo tradicional e a ESF, através da aplicação do instrumento PCATool aos profissionais de saúde
  
- 2) Comparar a presença e extensão dos atributos da APS entre o modelo tradicional e a ESF através de indicadores de saúde obtidos de dados secundários (sistema informatizado do município e dados obtidos através de pesquisa de satisfação do usuário) incluindo as seguintes condições traçadoras:
  - 2.1) satisfação do usuário
  - 2.2) puericultura
  - 2.3) pré-natal
  - 2.4) atendimento do portador de hipertensão arterial
  - 2.5) atendimento do portador de Diabetes Mellitus
  - 2.6) atendimento do portador de Tuberculose
  - 2.7) prevenção de câncer de colo uterino
  - 2.8) renda
  - 2.9) escolaridade

**Metas:**

Desenvolver metodologia de avaliação visando a análise de dados secundários produzidos em decorrência do atendimento de população adscrita de determinada Unidade de Saúde, elencando variáveis relacionadas aos atributos da Atenção Primária e pela aplicação de instrumento PCATool-Brasil em servidores destas Unidades adaptando o instrumento para a realidade do município de Curitiba.

### 3. Metodologia e Estratégia de ação

---

#### **Questão da Pesquisa:**

A extensão dos atributos da atenção primária nas Unidades de Saúde que atuam com a ESF, produzem maior impacto na qualidade do serviço e na satisfação do usuário?

#### **Delineamento**

A pesquisa será delineada através de um estudo transversal composto por:

- a) análise de dados secundários , do período janeiro à dezembro de 2007
  - sistematizados por relatórios, obtidos através do sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba denominado Cartão Qualidade Saúde de Curitiba
  - através de dados de pesquisa de satisfação dos usuários realizada por telefone, com questionário padronizado aplicados em usuários que tiveram atendimento nas Unidades de Saúde Tradicionais e que atuam na ESF
- b) através da análise de dados primários, obtidos pela aplicação de inquérito estruturado (PCATool-Brasil) em servidores médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde incluídas na pesquisa. Este instrumento foi elaborado pelo The Johns Hopkins Population Care Policy Center e pelo Departamento de Bioestatística e Epidemiologia da Universidade da Carolina do Sul por Leiyi She, Barbara Starfield e, Jiahong Xu (27).e esta sendo traduzido e validado no Brasil por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este instrumento avalia os atributos da atenção primária, sendo quatro exclusivos da atenção primária- primeiro contato, continuidade, integralidade e coordenação- e três atributos derivados- centralização da família, orientação para a comunidade e adequação cultural e é elaborado para

coletar informações a respeito das características operacionais e práticas relacionadas ao emprego da atenção primária por profissionais de atenção direta. O levantamento é indicado para fornecer escores para cada dimensão e sub-dimensões. Os dados obtidos serão caracterizados como provenientes de Unidade Básica Tradicional ou como Estratégia de Saúde da Família, permitindo a comparação dos resultados obtidos nos dois diferentes modelos.

### **População em estudo**

Farão parte do estudo quarenta e cinco Unidades de Saúde que atuam com a ESF identificadas como US01 até US45.e quarenta e sete Unidades Básicas Tradicionais identificadas como US46 até US92

O PCATool será aplicado:

- a) em profissionais médicos Pediatras, Gineco-obstetras, Clínicos Gerais e enfermeiros das Unidades Tradicionais, totalizando 453 (quatrocentos e cinquenta e três) profissionais.
- b) em profissionais médicos que atuam como generalistas, médicos de saúde da família e comunidade e enfermeiros das Unidades que atuam com a ESF totalizando 265 (duzentos e sessenta e cinco) profissionais.

### **Crítérios de seleção**

Serão excluídos do estudo:

- Unidades que foram implantadas após junho de 2006
- Unidades mistas, isto é, que possuem outras especialidades, além das básicas (pediatria, clínica geral, ginecologia-obstetrícia) na mesma estrutura física

- profissionais médicos e enfermeiros com 180 dias de afastamento das atividades da Unidade de Saúde no último ano.
- profissionais que não estavam inseridos em Unidades Básicas Tradicionais ou ESF, durante o período de janeiro à dezembro de 2007

### **Fatores em Estudo**

Será verificada a extensão dos atributos da APS- acesso, continuidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária, considerando as seguintes variáveis:

a) Obtidas de dados secundários

- 1) Para avaliar a atenção ao primeiro contato, que implica na acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema elencamos:
  - 1.1) número de pacientes com cadastro definitivo comparado ao nº habitantes da área de abrangência.
  - 1.2) número de pacientes inscritos no programa de hipertensos comparado com número de hipertensos estimados na população da área de abrangência
  - 1.3) número de pacientes inscritos no programa de diabéticos comparado ao número de diabéticos estimados na população da área de abrangência
  - 1.4) número de crianças abaixo de um ano inscritas no programa de crianças comparado com o número de crianças abaixo de um ano da área de abrangência da Unidade de Saúde
  - 1.5) número de gestantes inscritas antes do 4º mês de gestação comparado ao total de gestantes inscritas no programa
  - 1.6) número de consultas médicas habitante/ano da população da área de abrangência
  - 1.7) número de exames de preventivo de câncer de colo de útero realizados no ano comparado a 33 % das mulheres da área de abrangência

usuárias do SUS, na faixa etária de 25 a 59 anos.

- 2) Para avaliar a continuidade entendendo a mesma como a capacidade da Unidade de Saúde de identificar a população eletiva, sendo que a população reconhece o serviço como fonte habitual de atenção.
  - 2.1) número de pacientes ativos no programa de hipertensos em relação ao total de inscritos no Programa de Controle de Hipertensos da Unidade
  - 2.2) número de pacientes ativos no programa de diabéticos em relação ao total de inscritos no Programa de Controle de Diabéticos da Unidade
  - 2.3) número de crianças abaixo de 1 ano ativas no programa sobre o total de crianças com idade abaixo de 1 ano inscritas Programa da Criança
  - 2.4) número de crianças abaixo de 1 ano com estado vacinal não ideal
  - 2.5) número de pacientes que realizaram pré-natal com 7 ou mais consultas médico/enfermeiro conforme preconizado no Protocolo Mãe Curitibana
  - 2.6) número de consultas médicas e de enfermeiro, por paciente do programa de hipertenso, de acordo com o grau de risco, conforme preconizado pelo Protocolo de Hipertensão da SMS Curitiba
  - 2.7) número de consultas médicas/enfermeiro por paciente diabético inscrito no programa, conforme normativa da SMS e classificação de risco
  - 2.8) número de consultas médico/enfermeiro por criança abaixo de 1 ano, inscrita no programa de acordo com o previsto na normativa da SMS e de acordo com o risco
  - 2.9) número de pacientes portadores de Tuberculose, em acompanhamento conforme preconizado no Guia de Vigilância Epidemiológico
  
- 3) A Integralidade definida como ações que a Unidade da Atenção Primária deve fazer para que os pacientes recebam todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários etc. Para avaliar este quesito elencamos as seguintes variáveis:

- 3.1) número de pacientes gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram pelo menos uma cultura de urina durante o pré-natal sobre o número total de inscritas
  - 3.2) número de pacientes gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram glicemia de jejum durante o pré-natal sobre o número total de inscritas
  - 3.3) número de pacientes gestantes inscritas no programa Mãe Curitibana que fizeram um, dois ou três exames VDRL sobre o total de inscritas no programa de pré-natal no período de janeiro à dezembro de 2007
  - 3.4) número de pacientes gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram teste Anti-HIV sobre o total de inscritas no período
  - 3.5) número de pacientes gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram Sorologia para Toxoplasmose sobre o total de inscritas no período
  - 3.6) número de pacientes gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram exame citopatológico cérvico-vaginal sobre o total de inscritas no período
  - 3.7) número de gestantes inscritas no Programa Mãe Curitibana que realizaram pelo menos um exame de ecografia obstétrica sobre o total de inscritas no período
  - 3.8) número de pacientes portadores de tuberculose que abandonaram tratamento comparado ao número total de pacientes acompanhados
- 4) Coordenação pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas.
- 4.1) Número de encaminhamentos para especialistas em relação ao número total de consultas do período
  - 4.2) número de exames solicitados por médico no período, em relação ao número total de consultas médicas realizadas

- 4.3) número de consultas de puerpério em relação ao número de gestantes inscritas no pré-natal
- 4.4) número de visitas domiciliares realizadas no período em relação ao número de famílias cadastradas
- 4.5) número de pacientes do programa de atenção à hipertensos inativos no período em relação ao número total de inscritos
- 4.6) número de pacientes do programa atenção ao Diabetes Mellitus inativos no período em relação ao número total de inscritos

b) Nos dados sócio-econômicos da população atendida serão analisadas as seguintes variáveis

- renda
- escolaridade do chefe da família

Os dados secundários obtidos do sistema informatizado serão referentes ao período de janeiro à dezembro de 2007.

c) Nos dados de satisfação dos usuários serão analisadas as seguintes variáveis:

- avaliação do atendimento da Unidade de Saúde,
- número de vezes que procurou a Unidade para conseguir atendimento
- tempo de espera para o atendimento,
- % resolubilidade do problema,

### **Análise Estatística**

a) Para os dados secundários:

- Unidade observacional é a unidade de saúde
- Variáveis obtidas do sistema informatizado da SMS de Curitiba (descritas nas seção “fatores em estudo”



- Análise estatística
  - Descrição das unidades de saúde
  - Desenvolvimento de indicador para comparar a presença e extensão dos atributos da APS entre o modelo tradicional e a ESF usando técnicas da análise de componentes principais ou análise fatorial
  - Comparar unidades tradicionais e ESF quanto à satisfação dos usuários
  
- b) Para os dados do instrumento PCATool:
  - Estimar escore geral e por atributos e comparar médias entre as unidades tradicionais e ESF
  - Criar desfecho dicotômico (ponto de corte 6,6) para os escores de modo a representar alto ou baixo escore (geral e específicos) de atenção primária
  - Estruturar um modelo conceitual hierárquico para identificar fatores relacionados com alto escore de atenção primária, utilizando o modelo de regressão de Poisson modificada.

### **Questões éticas**

Esta pesquisa será submetida aos Comitês de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As informações coletadas serão mantidas confidenciais, não sendo divulgados os nomes dos entrevistados. Todos os entrevistados receberão uma explicação clara sobre os objetivos do estudo. Somente serão entrevistados os sujeitos que aceitarem participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitado ao gestor municipal autorização para uso dos dados secundários obtidos do sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Os princípios éticos fundamentais (autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, equidade) serão respeitados em todas as etapas da investigação.

### Cronograma

Cronograma Básico	SET 07	OUT 07	NOV 07	DEZ 07	JAN 08	FEV 08	MAR 08	ABR 08	MAI 08	JUN 08	JUL 08	AGO 08	SET 08	OUT 08	NOV 08	DEZ 08	JAN 09	FEV 09	MAR 09
Apresentação projeto PPG	X																		
Apresentação Comitê ética SMS/HC-POA					X														
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X												
Balísamento entrevistadores							X												
Aplicação inquéritos							X	X	X										
Coleta dados secundários					X	X	X												
Tabulação dos dados					X	X	X	X	X	X									
Limpeza banco de dados								X	X	X									
Análise do Banco de Dados									X	X	X	X							
Análise dos resultados e conclusões												X	X	X	X				
Apresentação da dissertação																X			
Elaboração de artigo para publicação																			X

## Recursos Necessários

Os recursos utilizados são provenientes da estrutura da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Recursos humanos, deslocamento, sistema informatizado, dados epidemiológicos) e da autora (material de expediente, recursos de informática, transporte. Material didático de apoio, passagens aeres para POA e hospedagem). Os orientadores serão disponibilizados pelo Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS.

	Valor	Financiador
Dois estagiários nível superior para aplicação inquéritos profissionais	R\$ 2,49 hora X 4 h/dx 90 dias =R\$ 896,40 x 2= R\$ 1.792,80	SMS Curitiba
Transporte	R\$ 1,90 X 2= R\$ 3,80 3 visitas por U.S = R\$ 11,40 por U.S R\$ 11,40 X 92= R\$ 1.048,80	Estagiários –SMS Curitiba
Dois estagiários nível médio para digitação dos inquéritos	R\$ 2,00 hora X 4 horas 90 dias= R\$ 720,00 X2= R\$ 1.440,00	SMS Curitiba
Reprodução material do inquérito	R\$ 0,10 por folha- 453+265=718X20= 14.360 x R\$ 0,10= R\$ 1436,00	SMS Curitiba
Reprodução textos para a pesquisa e encardenação	Papel R\$ 12,00 C/1000 X 10= R\$ 120,00 Tinta para impressora R\$ 40,00 cart x 5= R\$ 200,00 Encardenação R\$ 100,00	Pesquisadora
Total	R\$ 6.137,60	

#### **4. Resultados e Impactos esperados**

---

- Nortear o gestor, apontando a estratégia de Atenção Primária à Saúde mais adequada para a realidade do município de Curitiba
  
- Desenvolver metodologia de avaliação composta por análise de dados secundários, produzidos em decorrência do atendimento de população adscrita à determinada U.S.

#### **5. Riscos e Dificuldades**

---

Um dos riscos da pesquisa é o tempo reduzido para aplicação dos inquéritos dos profissionais, o que pode ser superado aumentando-se o número de entrevistadores, se no decorrer da metade do tempo previsto para realização dos inquéritos não se tiver concluído 50% da amostra proposta.

A obtenção dos dados de longo período do sistema informatizado da SMS Curitiba requer que o sistema seja acessado fora do horário de atendimento das Unidades de Saúde para não provocar lentidão do sistema e prejuízo ao atendimento do cidadão.

#### **6. Referências Bibliográficas**

---

1. Ducci L, Pedotti MA, Simão MG, Moysés S, editors. Curitiba: Saúde de braços abertos. Rio de Janeiro; 2001.
2. Ribeiro EM, Pinto MR, Moysés SJ. “10 Anos de PSF em Curitiba: a história contada por quem faz a história”. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2002. p. 52.
3. Saúde Md. Atenção Básica e Saúde da Família. [cited; Available from: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)
4. Avaliação MdS-SdAàS-DdAB-CdAe. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica- inst pela Portaria nº 676/2003. 2003.
5. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The

Journal of Family PRACTICE. 2001;50(2):161-75.

6. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CR, Goncalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Service Research; 2006. p. 156.
7. Cavalcanti AM, Soares MS, Júnior FFC, Sobania SRDF. Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica. In: Saúde SMD, editor. Curitiba; 2004.
8. Jimenez EJB, Krajden ML, Schimazaki ME, Uhlig RFS, Cavalcanti AM. Programa Mãe Curitibana: Pré-natal, Parto , Puerpério e Atenção ao Recém-nascido. Curitiba; 2004.
9. Saúde Md. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2002. p. 100.

## Anexo B - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



**REFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Of.21/2008

Curitiba, 24 DE JUNHO DE 2008.

Ilma. Sra.  
Eliane Regina da Veiga Chomatas  
Nesta

Prezada Pesquisadora

Em atenção à sua solicitação referente à análise do projeto Protocolo 04/2008 “**Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção Primária a saúde no município de Curitiba, no período de 2007**” informamos que o mesmo está de acordo com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e posteriores e foi considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS como relatório final.

Atenciosamente,

**Dr. Samuel Jorge Moysés**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

## **Anexo C - Questionários / Formulários**





--	--	--	--	--

### QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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)

#### INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA

IA1. Data de aplicação do questionário:  /  /

IA2. Código do Distrito Sanitário

IA3. Código da Unidade de Saúde

IA4. Tipo de serviço de saúde:

ESF  US tradic.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DI1 Sexo  Masculino  Feminino

DI2. Data de Nascimento  /  /

DI3. Qual você diria que é a cor da sua pele ou sua raça? **(Ler as alternativas)**

Negra  Branca  Amarela  Parda  Indígena

DI4. Você é:

Casado(a)/Tem companheiro/Ajuntado(a)  Viúvo(a)  
 Solteiro(a)/Vive sozinho  Separado(a)/Divorciado(a)

DI5. Qual a sua profissão?  Médico(a)  Enfermeiro(a)

DI6. Qual a data de conclusão do curso?  /

DI7. Você possui alguma especialidade?  Sim  Não **(Pular para DI9)**



Identificação

DI16. Qual a porcentagem da sua carga horária semanal que você dedica a cada uma destas atividades ?

Educação Comunitária(grupos)	<input type="text"/>	Visitas domiciliares	<input type="text"/>	reuniões	<input type="text"/>
consultas demanda espontânea U.S	<input type="text"/>	Consultas programadas	<input type="text"/>	Discussão caso com equipe	<input type="text"/>

DI17. Qual o grau de satisfação com o seu trabalho neste serviço de saúde? (use o Cartão de Respostas nº 2)

" Carinha"  A  B  C  D  E

DI18. Qual o grau de satisfação com o apoio prestado a você pelo coordenador deste serviço de saúde?(use o Cartão de Respostas nº2)

" Carinha"  A  B  C  D  E

DI19. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre os membros da sua equipe de saúde? (use o Cartão de Respostas n 2)

" Carinha"  A  B  C  D  E

DI20. Qual seu grau de satisfação com o relacionamento entre a comunidade e seu serviço de saúde? (use o Cartão de Resposta nº 2)

" Carinha"  A  B  C  D  E

Identificação

--	--	--	--

**C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO**

Indique a melhor resposta	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>

							Identificação				
							<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> </table>				
<b>E. COORDENAÇÃO</b>											
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder					
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>					
<b>F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMACÕES)</b>											
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder					
F1. Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletim 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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>					

Identificação						
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> </div>						
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	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>
F9. Outros (Favor especificar)	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> <span style="width: 20%;"></span> </div>					
<b>G.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)</b>						
Indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>

**G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)**

Identificação

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>

0849206773



Identificação

**H.INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)****Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção(H1 - H18).****Se você atende apenas adultos, não responda às perguntas H14 - H18.**

Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
--	------------------	--------------------	--------------------	------------------	--------------------	---------------------

Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?

H1. Alimentos saudáveis ou sono adequado 4  3  2  1  9  8

H2. Segurança no lar, como armazenagem segura de medicamentos 4  3  2  1  9  8

**Perguntas H3 - H13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima).**

Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
--	------------------	--------------------	--------------------	------------------	--------------------	---------------------

Os seguintes assuntos são discutidos com o paciente?

H3. Uso de cintos de segurança 4  3  2  1  9  8

H4. Abordagem de conflitos familiares 4  3  2  1  9  8

H5. Aconselhamento sobre exercícios físicos apropriados 4  3  2  1  9  8

H6. Níveis de colesterol 4  3  2  1  9  8

H7. Medicações em uso 4  3  2  1  9  8

H8. Exposição a substâncias nocivas em casa, no trabalho ou na vizinhança 4  3  2  1  9  8

H9. Disponibilidade, armazenamento e segurança de armas de fogo 4  3  2  1  9  8

H10. Prevenção de queimaduras por água quente 4  3  2  1  9  8

H11. Prevenção de quedas 4  3  2  1  9  8

H12. Prevenção de osteoporose em mulheres 4  3  2  1  9  8

H13. Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa 4  3  2  1  9  8

						Identificação	
Perguntas H14 - H18 apenas se aplicam a crianças (abaixo de 18).						<input type="text"/>	<input type="text"/>
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder	
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>	
<b>I. ENFOQUE NA FAMÍLIA</b>							
Por favor, indique a melhor opção.	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder	
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>	

--	--	--	--

Por favor, indique a melhor opção.

	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
--	------------------	--------------------	--------------------	------------------	--------------------	---------------------

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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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"/> | 8 <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	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>
Seu serviço de saúde usa algum dos seguintes métodos para abordar a diversidade cultural de sua população?	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/Não lembro	Não quero responder
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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <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"/>	8 <input type="checkbox"/>
K8. Outros (Favor especificar)	<input type="text"/>					

