

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: UMA ANÁLISE AGREGADA

Mônica Maria Celestina de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Co-orientador: Prof. Dr. João Riboldi

Porto Alegre, Dezembro de 2007

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO
ALEGRE: UMA ANÁLISE AGREGADA

Mônica Maria Celestina de Oliveira

Orientador: Prof.Dr.Erno Harzheim
Co-orientador: Prof. Dr. João Riboldi

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.
2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Denise Aerts, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Universidade Luterana do Brasil.

Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas,
Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Prof. Dr. Álvaro Vigo, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

A minha mãe e irmãos que mesmo à distância me deram o incentivo necessário para a conclusão deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força para superar todos os obstáculos.

A minha família gaúcha (Grupo de Pesquisa em Atenção Primária de Porto Alegre), todos têm um papel importante na minha vida.

Aos amigos (próximos e distantes) que sempre souberam o quanto isso é importante para mim e ficaram na torcida, me estimulando a continuar.

A todos os colegas de mestrado, pelo agradável convívio e por todas as colaborações ao longo do curso.

Um agradecimento especial aos meus incansáveis amigos e companheiros de mestrado, Marcelo Gonçalves e Thiago Trindade, sempre prontos a ouvir, rir, sonhar e ajudar quando mais precisei. Obrigada por tantos momentos compartilhados e por todo carinho.

Ao programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, por possibilitar a minha formação e pelo acolhimento que recebi de toda a equipe.

Aos professores deste programa, pela oportunidade de aprender com prazer.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio com a bolsa de estudos.

Aos membros da banca examinadora, professores Álvaro Vigo, Denise Aerts e Airton Stein, pelas importantes contribuições ao meu trabalho.

Ao meu co-orientador, João Riboldi, pelo carinho e oportunidade de trabalharmos juntos.

E, ao meu querido orientador e amigo, Erno Harzheim, por todo carinho e pela gratificante oportunidade de aprender muito sobre Epidemiologia e Atenção Primária.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisas de Mercado

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CSEM - Centro de Saúde Escola Murialdo

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

DP – Desvio-Padrão

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC – Intervalo de Confiança

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IOM – Institute of Medicine

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCATool - Primary Care Assessment Tool

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RP – Razão de Prevalência

RS – Rio Grande do Sul

SMS - POA – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de APS e associados à qualidade dos serviços. O instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) permite a mensuração da extensão destes atributos através da experiência dos usuários. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da atenção nos diferentes serviços de APS existentes em Porto Alegre. **Método:** Estudo transversal de base populacional em adultos adscritos à rede pública de APS (Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Murialdo, Serviço de Saúde do Conceição) e usuários da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, desenhado com amostragem complexa e analisado com método de Linearização de Taylor. **Resultados:** observaram-se diferenças significativas entre os escores da APS para os diferentes serviços (Escore Geral com $P < 0,05$ em relação às UBS). Presença de co-morbidades (RP 1,46 - $P=0,005$), utilização da ESF (RP=2,52) e GHC (RP=5,11) como serviço preferencial estão associadas à forte orientação à APS ($P<0,001$). **Conclusão:** A maior orientação à APS presente na ESF justifica a sua escolha como modelo de expansão e qualificação da APS em Porto Alegre.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The attributes of Primary Health Care (PHC) are recognized as structural axis of the PHC and they are associated to the quality of the services. The Instrument PCATool (Primary Care Assessment Tool) allows the measurement of the extension of these attributes through the experience and contact with users. Goals - Evaluate the quality of health care in different services of PHC in Porto Alegre city. Method – Cross-sectional study with adult users of the PHC services (Basic Health Service-UBS, Family Health Strategy-ESF, Murialdo-CSEM, Health, Service Conceição-GHC) and users of Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, with complex sample and analysed with method Taylor Linearized. Results - We observed statistically significant differences of scores among different services of PHC (Global Scores $P < 0,05$ compared with Traditional Basic Health Service). Presence of co-morbidities (RP=1,46 – $P < 0,001$) and utilization of ESF (RP=2,52) and GHC (RP=5,11) as the preferential service are associated with a strong PHC orientation ($P < 0,001$). Conclusions – ESF's highest score for PHC justifies the choice of this model for expansion and qualification of PHC in Porto Alegre.

Keywords: Primary Health Care, Research on Health Services, The Family Health Strategy.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO	11
REVISÃO DE LITERATURA.....	13
1 SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	13
2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	14
3 APS NO BRASIL.....	15
4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
5 APS EM PORTO ALEGRE.....	20
6 EFETIVIDADE DA APS SOBRE A OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE E A BUSCA DA EQUIDADE.....	21
7 ATRIBUTOS DA APS E SUA EFETIVIDADE.....	23
8 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE APS	26
8.1 POR QUE AVALIAR?.....	26
8.2 COMO AVALIAR?.....	27
9 ANÁLISE DE DADOS COM ESTRUTURA COMPLEXA	30
REFÊRENCIAS.....	34
OBJETIVOS	39
OBJETIVO GERAL.....	39
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
ARTIGO	40
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
ANEXOS	68
ANEXO 1. PROJETO DE PESQUISA.....	69
ANEXO 2. APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA.....	82
ANEXO 3. INSTRUMENTO	88
ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO ALEGRE: UMA ANÁLISE AGREGADA”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 de dezembro de 2007.

O trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais
4. Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, Termos de Aprovação dos Comitês de Ética, o Instrumento de coleta de dados (PCATool-Adulto-Brasil) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

INTRODUÇÃO

Desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata, em 1978, um novo olhar foi lançado sobre a questão saúde da população. Nessa ocasião, Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde”[1].

Desde então vários países re/organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de fácil acesso, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas com características que foram apontadas na Declaração de Alma-Ata como pontos primordiais em um sistema de saúde.

Em 1992, numa releitura da declaração de Alma-Ata, Starfield define atributos que vão caracterizar um serviço quanto à orientação para APS, estruturando esses atributos num instrumento para medir o grau de orientação para APS nos serviços. Segundo Starfield, APS é definida através de seus atributos, quais sejam, o acesso de 1º contato ao Sistema de Saúde, a longitudinalidade e integralidade da atenção, a coordenação da assistência e a atenção centrada na família e na comunidade. Esses

atributos estão relacionados em pesquisas internacionais com a efetividade e a equidade da atenção. No entanto, os estudos que apontam essa relação são do tipo ecológico e realizados em países desenvolvidos, o que não nos permite fazer generalizações para populações vulneráveis.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, é a principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a expansão da APS no país. Esta vem crescendo em número de equipes implantadas (27.454) e já cobrindo aproximadamente 47% da população brasileira.

Em Porto Alegre, a rede de serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS) inclui outros serviços, anteriores à ESF. Além do setor público, existe uma tendência nacional nos planos de auto-gestão de reorganizarem os seus modelos de atenção através da implementação de serviços baseados em APS, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que em 2004 implementou esse sistema.

Neste trabalho estamos avaliando o grau de orientação para APS, medindo a presença e extensão dos seus atributos através do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Adulto) em cinco serviços de APS disponíveis à população de Porto Alegre que foram estruturados nesses moldes, buscando identificar um padrão de alta qualidade assistencial e quais fatores no nível individual favorecem a classificação desses serviços numa dicotomia de alto/baixo escore de APS.

REVISÃO DE LITERATURA

1 SAÚDE NO BRASIL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Desde o final dos anos 40 já era evidente uma inversão dos gastos públicos, favorecendo a assistência médica em relação à saúde pública. Nos anos 60, a dicotomia assistência médica - saúde pública reforçava um modelo assistencial que mostrava ações pontuais e desordenadas, incapazes de enfrentar as péssimas condições de saúde da população brasileira. Esse modelo médico-assistencial assentava-se na garantia de que o Estado era o seu financiador por intermédio da Previdência Social, o setor privado nacional assistencial-curativo o seu grande prestador e, o setor internacional, o seu grande produtor de insumos, equipamentos e medicamentos[2]. Entre os anos de 1975 e 1977 se estruturou a base jurídica legal do sistema de saúde vigente nos anos 70, e esta base viabilizou o surgimento do subsistema que se tornaria hegemônico nos anos 80.

Ainda nos anos 70, duas posições político-ideológicas organizaram-se em torno da disputa por um novo modelo de política social de saúde: a reformadora e a conservadora. A posição reformadora preconizava a constituição de uma rede básica de serviços pública, descentralizada e universalizada, ou seja, que atendesse à população coberta ou não pela previdência social. Já a posição conservadora defendia uma lógica de mercado para organização dos serviços de saúde cujo eixo tecnológico principal era a assistência médica baseada no produtor privado.

A vitória da Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde significou uma derrota definitiva da proposta conservadora[3].

Com a promulgação da Constituição de 1988 veio a primeira determinação legal da saúde como um direito de todos[4]. Assim, o acesso a um sistema de saúde deixa de ser privilégio de alguns e passa a abranger setores historicamente excluídos. O marco legal do estabelecimento do SUS se deu com a lei 8.080, de 1990, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu os princípios básicos do SUS, um sistema público de saúde com o objetivo central de buscar a equidade no acesso aos serviços de saúde e no estado de saúde da população.

Na segunda metade dos anos 90 a política de saúde do Brasil apresentou como características principais a implantação de novos programas, ações regulatórias e modalidades de alocação de recursos que visavam maximizar a equidade e efetividade do SUS[5].

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em busca do fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) baseou-se nas experiências de países como Inglaterra, Canadá, Espanha e Cuba para implementar mudanças na assistência ambulatorial nacional. Esses países organizaram seus sistemas de saúde dando prioridade à atenção de acesso universal, continuada e integral junto à comunidade, isto é, desenvolveram sistemas orientados para Atenção Primária à Saúde (APS). Em 1978, na conferência de Alma-Ata, a APS foi definida como:

atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, com espírito de

autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde [1]

Em 1992, Starfield[6] sistematiza o conceito de APS através da definição de atributos essenciais e derivados, como o primeiro nível de assistência caracterizado, principalmente, pela longitudinalidade e pela integralidade da atenção, além da coordenação da assistência, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais.

Essa operacionalização do conceito permite identificar o grau de orientação à APS e, a partir daí, propicia a comparabilidade entre sistemas ou tipos de serviços e a associação entre a presença dos atributos individuais e/ou agrupados, e a efetividade da atenção tanto em nível individual como populacional e/ou ecológico.

3 APS NO BRASIL

Ao longo da história nacional recente alguns estados e municípios tomaram iniciativas pontuais com políticas de saúde que destacavam alguns dos atributos da APS. A primeira manifestação escrita e estruturada do que hoje denominamos APS foi desenvolvida em 1974 por um grupo de profissionais do então Centro Médico Social São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no município de Porto Alegre. Esse projeto teve como objetivo principal implantar um Programa de Residência Médica em Saúde Comunitária com foco na formação de

profissionais com habilidades tais que permitissem um cuidado personalizado, contínuo e integral[7].

Já em 1976 iniciaram os três primeiros Programas de Residência Médica nessa área no Brasil. Foram eles:

- Centro de Saúde Escola Murialdo (Porto Alegre-RS) que continua ativo até a presente data, cuja formação de Médicos de Família e Comunidade (MFC) supera a marca de 330 médicos, e hoje conta com Residência Multiprofissional em Saúde;
- Projeto Vitória (na cidade de Vitória de Santo Antão, próximo a Recife-PE), extinto em 1986;
- Serviço de Medicina Integrada da UERJ (Rio de Janeiro-RJ) que também continua ativo até a atualidade.

Com a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata em 1978 – considerado o maior marco desta área, ocorre um reforço dos principais pontos que esses programas de residência brasileiros e alguns programas em outros países estavam enfatizando, promovendo um movimento de expansão mundial da estratégia de Atenção Primária à Saúde. A partir desse marco surgiram, no Brasil, muitas experiências em APS localizadas e não articuladas entre si, incluindo vários Programas de Residência Médica: Petrópolis-RJ, Vitória-ES, Natal-RN, Grupo Hospitalar Conceição-RS, Cotia-SP, Terezina-PI, São Luiz-MA, Pelotas-RS, Sete Lagoas-MG, Joinville-SC entre outros, dos quais vários não resistiram à falta de incentivo dos governos na década de 80 e outras dificuldades políticas e estruturais locais.

Todas essas iniciativas antecederam a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e algumas ainda se mantêm na assistência das comunidades em paralelo a outras políticas públicas. Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará e Rio Grande do Norte são os estados onde se tem o registro de serviços de saúde orientados para APS que foram implantados antes de 1994.

O marco do PSF se deu numa reunião entre técnicos do MS e secretários municipais, em dezembro de 1993, congregando atores das várias regiões do país, de forma a reunir todas as experiências numa estratégia de abrangência nacional. Assim, em 1994, mas com expressão nacional somente em 1995, surge o PSF como instrumento de ampliação de acesso ao SUS, sendo definida a sua implantação em áreas de risco, de acordo com o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA[8]. Posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF) integrou um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica na perspectiva, conforme apontam os documentos do Ministério da Saúde (MS), de se constituir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS, em direção a implantação/ampliação de uma rede de APS[5].

4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) – hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), é constituído por equipas de saúde formadas fundamentalmente por um médico, um enfermeiro, dois técnicos ou auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), que são responsáveis pelo acesso ao sistema de saúde de uma população adscrita a um território específico, assim como pelos cuidados integrais e continuados, com base no núcleo familiar e adequados à cultura local.

No início de sua implementação, essa iniciativa do MS foi duramente criticada. Uma parcela da sociedade que participava das discussões sobre as políticas públicas de saúde definiu a estratégia como pacote de ações mínimas, uma “medicina pobre para pessoas pobres”[9]. A possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, expressasse políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizando “pacotes básicos” de atenção médica para pobres, contraditórios aos princípios do SUS, ampliava a suspeição contra o PSF[10].

A decisão governamental de se implantar a Estratégia Saúde da Família transcendeu as limitações temporais e a amplitude limitada inerente à definição de um programa setorial de saúde. Na verdade, a ESF não foi implantada somente para organizar a atenção primária no SUS temporariamente, mas essencialmente para estruturar esse sistema público de saúde, uma vez que houve um redirecionamento das prioridades de ações em saúde, reafirmação de uma nova filosofia de atenção e de um modelo assistencial a saúde e consolidação dos princípios organizativos do SUS[3].

O impacto dessa estratégia sobre a saúde da população foi evidenciado quando estudos nacionais apontaram para uma melhoria de alguns indicadores como: mortalidade infantil, mortalidade infantil pós-neonatal, internação por AVC, internação por ICC, entre outros. Surgiram na literatura brasileira, estudos que apontaram para vantagens da ESF em relação a outros modelos de atenção básica em saúde, principalmente ao aumentar o acesso dos usuários aos serviços, ampliando o cuidado a grupos de risco e enfatizando práticas preventivas. O estudo conduzido por Hazheim et al na região sul da cidade de Porto Alegre demonstrou que identificar a ESF como serviço de referência no cuidado de crianças estava associado ao alto grau de extensão dos atributos da APS[11]. Avaliações do MS que levaram em consideração faixas de cobertura da ESF para esses indicadores indicaram uma diminuição de internações por AVC e ICC entre os anos de 1998 e 2004 em consonância com a expansão da ESF no país. Um estudo ecológico realizado por Macinko et al [12] demonstrou que o aumento em 10% na cobertura da ESF esteve relacionado com a redução de 4,5% na taxa de mortalidade infantil, mesmo após controle para variáveis sociodemográficas e de assistência à saúde. Outro estudo ecológico, realizado por Bezerra Filho et al[13], associou melhores indicadores de saúde infantil (cobertura vacinal, mortalidade infantil e neonatal) à implantação da ESF, principalmente em municípios com grande vulnerabilidade social. A divulgação dos estudos de linha de base do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF - reforça os resultados obtidos em estudos anteriores ao apresentar resultados favoráveis às equipes de Saúde da Família em municípios das regiões Sul e Nordeste do país[14].

Acompanhando a consolidação da ESF, em março de 2006 o MS, no uso de suas atribuições, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, estabelecendo a

revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e PACS. À medida que a ESF vai se firmando no cenário nacional, as evidências justificam a sua posição de eixo estruturante no processo de reorganização do sistema e esta perde definitivamente o rótulo de “pacote básico” do SUS para a população vulnerável.

5 APS EM PORTO ALEGRE

Em vários pontos do Brasil foram observadas experiências focadas na APS que antecederam a implantação da ESF. Como afirmado anteriormente, ainda na década de 70 surgiu em Porto Alegre o Centro de Saúde Escola Murialdo - CSEM, que, desde então, atua na zona leste da cidade prestando assistência à comunidade local através das suas sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), além da formação de profissionais especialistas em saúde (médicos de família e comunidade, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais) com enfoque comunitário. As equipes trabalham com área de adscrição definida e com várias categorias profissionais, sendo que alguns destes profissionais atuam como preceptores da residência médica e multiprofissional[7, 15].

No início dos anos 80, também em Porto Alegre, teve origem o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição - SSC/GHC, com a implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral Comunitária. Em 1982 foi implantada a primeira unidade de atenção primária à saúde na zona norte - Unidade Hospital Nossa Senhora da Conceição (Unidade Conceição). Após a criação da Unidade Conceição, mais nove unidades foram implantadas até 1993. Desde 1995 a comunidade conta com 12 unidades de saúde compostas por equipes multiprofissionais

que trabalham de forma interdisciplinar[7, 16]. Além da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (antiga Medicina Geral Comunitária), o SSC-GHC faz formação especializada multiprofissional em saúde da família através da Residência Integrada em Saúde (RIS) desde 2004.

A ESF foi implantada em Porto Alegre em 1996, inicialmente com 23 equipes nas áreas consideradas “vazios de atenção”, pretendendo reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde. Atualmente, o município conta com cerca de 90 equipes da ESF, cobrindo aproximadamente 22% da população. Essas equipes são distribuídas pelas gerências distritais que cobrem todas as áreas da cidade.

6 EFETIVIDADE DA APS SOBRE A OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE E A BUSCA DA EQUIDADE

Julian Tudor Hart[17] descreveu algumas iniquidades presentes no sistema britânico de saúde, salientando as grandes diferenças na morbidade e mortalidade da população quando considerado o estrato social. Na sua avaliação estava ocorrendo uma inversão na oferta de cuidados à saúde, penalizando a população pobre. Uma das metas da APS é a diminuição das iniquidades em saúde, de modo que os segmentos sociais mais vulneráveis não permaneçam sistematicamente em desvantagem em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Conforme documento da OPAS de 2005 “Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento”, as diferenças históricas flagrantes entre pobres e ricos têm, progressivamente, cedido lugar, nas sociedades ocidentais modernas, a formas mais sutis de desigualdades. Nos países emergentes, como o Brasil, as desigualdades relativas, não apenas na renda, mas também nas demais condições de

vida, adquirem importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser importantes[18]. A redução das iniquidades torna-se, dentro da busca por uma sociedade mais justa e solidária, ponto essencial na melhoria do estado de saúde da população. Muitos estudos demonstram que a morbidade se concentra mais entre os indivíduos socialmente vulneráveis independentemente do país estudado[19].

Entretanto, uma maior riqueza nacional não garante que as condições socioeconômicas produzam um alto nível de saúde. No contexto da orientação para atenção primária, foi desenvolvida uma classificação para medir a força dessa orientação, utilizando cinco características do sistema de saúde e seis características das unidades associadas a uma forte atenção primária. Dependendo da presença e da força dessas características, os países foram classificados por sua pontuação média nas 11 características avaliadas. Essa classificação foi relacionada com indicadores de resultados (medidas de saúde e de gastos). Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos. Os Estados Unidos, por exemplo, uma das nações mais ricas e poderosas do mundo, mas que não traduz esta vantagem em melhor saúde para sua população, apresentam níveis indicadores de saúde inferiores ao de nações com Produto Interno Bruto (PIB) na mesma faixa de riqueza (acima de U\$ 20.000), como é o caso da Suécia[20]. As mudanças necessárias para uma reorientação do modelo assistencial à APS são apresentadas no Quadro 1[21]:

Quadro1. Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto responsabilidade

Fonte: Starfield, 2004

Starfield sugere que ao se aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção à resposta das necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atenção, a atenção médica primária convencional se aproximará da visão de atenção primária à saúde de Alma-Ata e irá em direção a uma maior equidade[22].

7 ATRIBUTOS DA APS E SUA EFETIVIDADE

A partir da definição de APS sistematizada por Starfield, pode-se considerar um serviço de atenção básica como provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com usuários e comunidades ao possuir também os atributos derivados.

De acordo com Starfield[22], os atributos da APS são assim definidos:

- **acesso de primeiro contato** - “implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou para cada novo episódio de problema já existente”;
- **longitudinalidade** - “pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, e seu uso ao longo do tempo. O vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde”;
- **integralidade** - “Implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários e terciários para manejo definitivo de problemas específicos”;
- **coordenação** - “exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, da história clínica ou por ambos), assim como a identificação de problemas que são abordados em outros serviços e a integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente. O serviço provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe, nos diferentes níveis do sistema de saúde”;
- **atenção centrada na família (orientação familiar)** – “conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades”;
- **orientação comunitária** - “refere-se ao conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços”;
- **competência cultural** - “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”.

A presença e extensão desses atributos determinam a orientação para APS em um sistema e/ou serviço de saúde.

Utilizando dados de uma pesquisa envolvendo uma amostra nacional de indivíduos nos Estados Unidos, Forrest e Starfield observaram que uma melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção continuada com médico de atenção primária. No mesmo estudo, Forrest destaca que o aumento no número de barreiras ao acesso foi associado à baixa longitudinalidade, mesmo quando controlada para várias características influentes como: tipo de centro de atenção primária e tipo de profissionais de atenção primária[23].

Num estudo comparativo das taxas de consultas em dois serviços de planos de saúde, Starfield observou que as crianças, no plano que necessitava de encaminhamento do prestador de atenção primária antes de consultas com outros especialistas, tiveram menos consultas com esses especialistas em comparação às crianças no plano que não exigia o encaminhamento. Não há evidências de que consultas adicionais neste último grupo tenham levado as crianças a um melhor estado de saúde[24].

A solicitação de uma consulta a uma “porta de entrada”, antes que uma consulta possa ser realizada em qualquer lugar, está associada à utilização reduzida tanto de outros serviços especializados quanto de consultas em emergências. Em um estudo em que novos inscritos foram aleatoriamente encaminhados para o sistema que exigia uma consulta numa “porta de entrada” ou para um com benefícios iguais, porém sem a exigência de “porta de entrada”, ficou constatado que, no primeiro caso, os pacientes tiveram em média 0,3 menos consultas a um especialista no período de um ano em comparação com os pacientes do segundo grupo[25]. Em outro estudo, de amostras aleatórias estratificadas de pacientes inscritos em quatro programas relacionados ao Medicaid que exigiam uma “porta de entrada”, houve

grandes reduções na proporção de pacientes com, pelo menos, uma consulta em sala de emergência, variando de 27% a 37% para crianças e de 30% a 45% para adultos[26].

Com base nesses estudos pode-se inferir que ter uma “porta de entrada” pode desafogar outros níveis do sistema, propiciando o uso racional das especialidades.

8 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE APS

8.1 POR QUE AVALIAR?

Os atributos da APS estão relacionados em pesquisas internacionais com a efetividade e a equidade da atenção. Ao revisar a literatura sobre a efetividade da APS, Blumenthal[19] observou que evidências desta relação são pouco abundantes quando se trata de estudos de base populacional e/ou em populações vulneráveis.

Em um momento de forte expansão da APS nas Américas e no nosso país, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilitasse avaliar as características do processo de atenção. No Brasil, foi realizada uma série de estudos com o objetivo de avaliar a estratégia nacional de expansão da APS[12, 14]. Esses estudos foram conduzidos por diferentes instituições de ensino e sinalizaram para indicadores de processo e de resultados nos municípios cobertos pela ESF, no intuito de prover os diferentes atores do processo (profissionais e gestores) com informações que auxiliassem na tomada de decisão. Os estudos foram realizados em locais diferentes, por instituições distintas e com metodologias variadas. Conseqüentemente a isso, os resultados relacionados ao impacto da ESF e/ou de sua possível supremacia frente ao modelo assistencial tradicional da Atenção Básica (UBS tradicionais) não foram esclarecedores, permanecendo dúvidas quanto ao papel da ESF como estratégia para reorganização do SUS. Entretanto, a avaliação conceitual e

metodológica desses estudos não garante que foram utilizadas metodologias apropriadas para o estudo de avaliação de serviços de APS.

8.2 COMO AVALIAR?

Nos últimos anos, a prática de pesquisa para avaliação de serviços vem crescendo e ganhando um papel importante nas agendas de saúde. A avaliação pode se dar de diferentes maneiras: por meio de pesquisa junto aos provedores do serviço, por auditorias ou por instrumentos desenvolvidos para esse fim.

Na literatura nacional, encontra-se o AMQ (Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família), instrumento de auto-avaliação desenvolvido pelo MS brasileiro com o objetivo de avaliar especificamente a Estratégia Saúde da Família. Esse instrumento de avaliação é composto por cinco formulários direcionados ao gestor, coordenação municipal e profissionais de base, visando obter informações de provisão dos serviços e adequabilidade da estratégia à realidade local. Mas, esse instrumento não capta a experiência dos usuários, atores fundamentais do processo de cuidado.

Na literatura internacional encontra-se o PCATool – Primary Care Assessment Tool, instrumento desenvolvido nos Estados Unidos da América, na Johns Hopkins School of Public Health. Esse instrumento foi estruturado para avaliar o grau de orientação à atenção primária através dos atributos essenciais e derivados da APS, conforme a definição da própria autora do instrumento (Bárbara Starfield). Esse instrumento pode ser aplicado a profissionais de saúde ou usuários, adultos e/ou crianças, em versões distintas, refletindo a experiência desses diferentes grupos em relação ao serviço de saúde[27, 28]. 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. A validação inicial do

instrumento[28], junto a usuários adultos, realizada no estado da Carolina do Sul/EUA, buscou, em uma amostra diversificada da população, verificar a congruência entre o modelo teórico e os resultados empíricos em termos de estruturação dos principais atributos da APS. O estudo indicou que as escalas para avaliação da APS tiveram confiabilidade e validade, explicando 48% da variação total nos escores, sendo os resultados amplamente comparáveis em termos de fatores significantes, e indicando a possibilidade de generalização do instrumento para populações vulneráveis ou de classe média. A única grande diferença deu-se no atributo competência cultural, validado apenas para população de baixa renda. Sua versão infantil foi validada nos EUA[27] e também no Brasil[29].

Em nosso país, foi realizado um estudo na cidade de Petrópolis-RJ, que buscava associações entre saúde auto-referida e qualidade de APS utilizando uma versão adaptada e traduzida, mas não validada, do PCATool versão adulto[30]. Essa versão não validada também foi utilizada em um estudo na cidade de São Paulo[31] comparando UBS tradicional e PSF.

Essas diversas experiências demonstram a vantagem de se utilizar metodologias específicas à APS em estudos que busquem avaliá-la. Entretanto, é imprescindível que se utilizem versões validadas desse instrumento[32].

Nesse sentido, o PCATool – versão adulto, foi recentemente validado pelo Grupo de Pesquisa em Atenção Primária de Porto Alegre, tendo como referência uma amostra diversificada da população adulta adscrita pelos serviços de atenção primária do município[33]. Esse instrumento validado apresentou confiabilidade e validade através da validação de construto realizada por análise multivariada na extração de oito componentes principais, que se adequaram às dimensões do instrumento e contemplaram os sete atributos da APS, com um percentual de 45,75% da variação total explicada.

Avaliações de saúde ou de estruturas de saúde devem levar em consideração toda a complexidade que envolve o processo saúde – doença. Tais avaliações exigem um rigoroso planejamento para que seus resultados contemplem a estrutura da população alvo e outros fatores que possam influenciar na generalização dos achados.

9 ANÁLISE DE DADOS COM ESTRUTURA COMPLEXA

A maioria dos inquéritos nacionais de saúde utiliza amostras de plano complexo (desenho amostral que possui características como: estratificação, conglomeração -distritos, serviços, escolas, turmas - e ponderação diferente para os diversos indivíduos na amostra) por restrições orçamentárias e por limites de tempo associados à coleta de uma grande quantidade de informações ao longo de um território geográfico grande. Como resultante desse processo surge a preocupação com a análise de dados provenientes desses inquéritos.

Ao longo dos anos 80 e 90 o tema saúde foi incluído em quatro suplementos da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios - PNAD. A partir dessas informações individuais, vários estudos foram desenvolvidos, permitindo um maior aprofundamento sobre os fatores sociais associados ao estado de saúde da população. Esses resultados poderiam ser extrapolados para a população das grandes regiões, já que os dados foram obtidos através de amostragem probabilística. Poucos estudos desenvolvidos com os dados da PNAD incorporam as características do plano amostral em suas análises. Na grande maioria, os dados são considerados como independentes e identicamente distribuídos, gerando resultados pouco confiáveis. Em 2002, com o objetivo de alertar a comunidade para a importância de utilizar métodos apropriados ao plano amostral complexo, Silva e Pessoa publicaram um artigo no qual, usando os dados da PNAD, realizaram as análises por duas vias (com e sem as características do plano amostral). Comparando as duas estimativas, eles destacam as falácias que podem ser cometidas ao ignorarmos a estrutura da amostragem na análise[34].

Em 2003, como parte de um projeto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, foi realizado no Brasil um grande inquérito de saúde - a Pesquisa Mundial de Saúde, que contemplou 5000 municípios em todo país. Nesse inquérito, dirigido à avaliação de

desempenho dos sistemas de saúde, optou-se por uma amostragem complexa em três estágios[35].

Na literatura estatística são descritas duas abordagens para tratar a estrutura de dados amostrais complexos. Na abordagem denominada de análise agregada, o plano amostral complexo invalida o uso de procedimentos padrões de análise. Nessa situação é imprescindível que a complexidade do plano e a estrutura da população sejam incorporadas no processo de estimação dos parâmetros. Ao optar por essa abordagem, tem-se um referencial para a inferência com ênfase no Modelo de Superpopulação que incorpora, de forma natural, tanto uma estrutura estocástica para descrever a geração de dados populacionais (modelo) quanto o plano amostral efetivamente utilizado para obter os dados amostrais (plano amostral)[36].

Na abordagem denominada análise desagregada, muda-se os objetivos, incorporando mais explicitamente a estrutura populacional no procedimento de análise, construindo modelos para descrever a relação entre as variáveis de interesse. A complexidade da estrutura da população é usada como evidência de que modelos simples e procedimentos padrões são, em geral, inadequados. Para considerar a estrutura da população, os modelos requeridos são geralmente mais elaborados e, às vezes, requerem alterações dos alvos da inferência. Nos modelos modificados, os antigos parâmetros são abandonados e novos parâmetros são introduzidos, num processo iterativo que se baseia nos dados da amostra. Efeitos de conglomeração, por exemplo, não são vistos como complicadores e sim como parte da estrutura da população que deve ser adequadamente modelada.

Os modelos hierárquicos foram desenvolvidos para esses propósitos e são os escolhidos em situações em que as unidades elementares de análise estão agrupadas em unidades maiores que podem ou não pertencer a uma estrutura de grupos numa hierarquia bem definida[37]. O mais popular dos modelos hierárquicos é o modelo multinível, que contempla todas as

características anteriormente citadas. Essa classe de modelos tem sido objeto de grande interesse na literatura, pois algumas vezes tal hierarquia é uma característica intrínseca da população estudada[36].

Estudos que contemplam a estrutura hierárquica dos dados são mais frequentes na literatura, principalmente aqueles em que o objetivo é destacar a importância dos determinantes sociais nos desfechos de saúde[38, 39].

Pfeffermann et al[40] alertam para uma situação que pode ocorrer numa análise desagregada - a importância e dificuldade de se incorporar na análise a estrutura do plano amostral - para não gerar estimativas viciadas.

Pessoa e Silva[36] afirmam que quando a modelagem for feita com a finalidade de incorporar os aspectos do planejamento amostral, tais como estratificação, conglomeração e probabilidades desiguais de inclusão, a situação desejável é incorporar na formulação do modelo as informações necessárias para que o plano amostral seja ignorável na etapa de estimação dos parâmetros. Mesmo quando se pode incorporar no modelo as informações sobre a estrutura populacional, há casos em que o plano amostral é não ignorável e pesos ainda precisam ser incorporados para ajustar o modelo.

Para poder incorporar na análise informações sobre a estrutura populacional e/ou sobre o plano amostral, geralmente é necessário considerar variáveis indicadoras de pertinência a estratos, medidas de tamanho usadas para definir as probabilidades de inclusão e também informações sobre a estrutura de conglomeração da população e amostra. Incluir todas as informações num modelo não seria tarefa trivial para o analista. A especificação detalhada da forma do modelo; a estimação de seus inúmeros parâmetros, dada apenas uma amostra das unidades da população; a interpretação das estimativas dos parâmetros; e o diagnóstico do ajuste efetuado se tornam tarefas bastante complexas.

Alguns estudos estão sendo realizados com o objetivo de comparar essas duas abordagens (agregada e desagregada) e apontar os pontos fortes de cada uma delas, pois ainda são poucas as evidências quanto à melhor opção[41, 42]. O fundamental é jamais ignorar o planejamento amostral adotado na pesquisa, garantindo, assim, estimativas consistentes e resultados confiáveis.

A disseminação dessa abordagem em várias áreas de conhecimento e a incorporação desses métodos em softwares, comumente usados por estudiosos da saúde[43, 44], permitiram que vários estudos recentes utilizassem estruturas complexas com a garantia de estimativas precisas.

REFÊRENCIAS

- [1] OMS. Declaração de Alma-Ata - apud Bárbara Starfield-2004. 1978.
- [2] Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Do sanitário campanhista ao modelo liberal-privatista. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec 2006:797-801.
- [3] Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006:801-7.
- [4] Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília. 1988.
- [5] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 18 de dezembro de 1997. 1997.
- [6] Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press 1992.
- [7] Goulart FAA, Ribeiro JM. Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso? Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
- [8] Viana ALda, Poz MRD. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil [Relatório Final]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 1998.
- [9] Gil CRR. XI conferência Nacional de Saúde. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro 2000.
- [10] Paim JS. Debate sobre o Programa Saúde da Família. 2001.
- [11] 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.

- [12] Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epimedol Community Health*. 2006;60:13-9.
- [13] Filho JGB, Kerr LRFS, Miná DdL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará - Brasil, no período 2000 - 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;23 -5.
- [14] Resultados preliminares dos estudos de Linha de Base do Proesf Ciências e Saúde Coletiva. 2006;11(3).
- [15] Pinto MEB. Manual Operacional do Projeto Avaliação da Qualidade - Descrição dos Serviços de Atenção Primária - Centro de Saúde Escola Murialdo Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2007.
- [16] Castro RCL. Manual Operacional Projeto Qualidade da Atenção Primária de Porto Alegre - Descrição dos Serviços - Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição-SSC/GHC. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2007.
- [17] Hart JT. The Inverse Care Law. *The Lancet*. 1971 27 February 1971;297(7696):405-12.
- [18] Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997;13 n.2.
- [19] Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups. *Health Service Research* 1995;30 (1):253-73.
- [20] Starfield B. Comparações Internacionais. In: UNESCO Brasil MdS, ed. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, 2004:34-40.

- [21] Vuori H. The role of schools of public health in the development of primary health care -1985.apud Starfield,B. 2004. p.33.
- [22] Sarfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde 2004.
- [23] Forrest C, Starfield B. Benefícios da Atenção de Primeiro Contato: The effects of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília 1996:209-17.
- [24] Sartfield B. Special responsibilities:The role of the pediatrician and goals of pediatric education. Pediatrics 1983:433-40.
- [25] Martin D. Effects of de gatekeeper plan on health services use and charges: A randomized trial. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias, 1989.
- [26] Hurley R, Freund D, Gage B. Gatekeepers effects on patterns of phisycian use. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias 1991.
- [27] Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenber L. Measuring Comsumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
- [28] Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Family Practice. 2001;50(2):161-75.
- [29] Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CÁ, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública. 2006 Agosto-2006;22(8):1649-59.
- [30] Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007 May;22(3):167-77.

- [31] Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior ÁE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2006;11(3):633-41.
- [32] Harzheim E. Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária - Sua utilização no Brasil. Entrevista. Brasília: Revista Brasileira de Saúde da Família - Ministério da Saúde; 2007.
- [33] Harzheim E, Duncan BB, Oliveira MMC, Agostinho M. Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária-PCATool- Adulto; 2007.
- [34] Silva PLN, Pessoa DGC, Lila MF. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciência Saúde Coletiva*. 2002;7 (4):659-70.
- [35] Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras Complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise dos dados. 2005.
- [36] Pessoa DGC, Silva PLN. Análise de Dados Amostrais Complexos. 1 ed. São Paulo 1998.
- [37] Maia JA, P.Lopes V, Silva RG, Seabra A, Ferreira JV, Cardoso MV. Modelação Hierárquica ou multinível. Uma metodologia estatística e um instrumento útil de pensamento na investigação em Ciências do Desporto. *Revista Portuguesa de Ciencias do Desporto*. 2003;3:92-107.
- [38] Drachler ML, Andersson MCS, Leite JCdC, Marshall T, Aerts DRGC, Freitas PF, et al. Desigualdade Social e outros determinantes de altura em crianças: uma análise multinível. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19 (6):1815-25.
- [39] Corrêa ST, Silva DBN. Modelos Lineares Hierárquicos em pesquisas por amostragem - relacionando o índice de massa corporal às variáveis da Pesquisa de Padrão de

- Vida/IBGE [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas - ENCE; 2001.
- [40] Pfeffermann D, Skinner CJ, Holmes DJ, Goldstein H, Rasbash J. Agregação vs Desagregação. *Análise de Dados Amostrais Complexos*. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística 1998:171.
- [41] Battisti IDE, Fachel JMG, Mundstock EC. Por que incorporar o plano amostral complexo na análise estatística de dados? X Jornada de Pesquisa da UNIJUÍ. Ijuí-2005.
- [42] Battisti IDE, Fachel JMG, Riboldi J, Mundstock ECd, Oliveira SC. Impacto do plano amostral complexo nas estimativas de coeficientes de regressão logística: um estudo com escolares de ensino fundamental do município de Cruz Alta/RS. 52ª Reunião Anual da Região Brasileira da Sociedade Internacional de Biometria e 12ª Simpósio de Estatística Aplicada à Experimentação Agronômica; 2007.
- [43] SPSS. SPSS® for Windows®. 13 ed 2007:<http://www.spss.com.br/index.htm>.
- [44] Stata. <http://www.stata.com/stata9/> 2006.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção nos diferentes serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) existentes em Porto Alegre, por meio dos escores dos atributos da APS obtidos a partir da experiência de utilização dos usuários adultos.

Objetivos Específicos

1. Comparar os diferentes serviços de APS, identificando os de maior grau de orientação à APS (escore geral da APS);
2. Identificar características no nível do usuário que favorecem o alto escore geral de APS.

ARTIGO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PORTO ALEGRE: UMA COMPARAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES SERVIÇOS

Mônica Maria Celestina de Oliveira 1

Erno Harzheim 2

João Riboldi 2

1 – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

2- Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de

Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Correspondência

Mônica Maria Celestina de Oliveira

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

Federal do Rio Grande do Sul

Rua Engenheiro Antônio Carlos Tibiriçá-470/201. Porto Alegre - Rio Grande do Sul.

Cep 90.690-040

olivmonica@gmail.com

* Artigo no modelo dos Cadernos de Saúde Pública

Resumo

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de APS e associados à qualidade dos serviços. O instrumento PCATool (Primary Care Assessment Tool) permite a mensuração da extensão desses atributos através da experiência dos usuários. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da atenção nos diferentes serviços de APS existentes em Porto Alegre. **Método:** Estudo transversal de base populacional em adultos adscritos à rede pública de APS (Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Murialdo, Serviço de Saúde do Conceição) e usuários da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil, desenhado com amostragem complexa e analisado com método de Linearização de Taylor. **Resultados:** observaram-se diferenças significativas entre os escores da APS para os diferentes serviços (Escore Geral com $P < 0,05$ em relação às UBS). Presença de co-morbidades (RP 1,46 - $P=0,005$), utilização da ESF (RP=2,52) e GHC (RP=5,11) como serviço preferencial estão associadas à forte orientação à APS ($P<0,001$). **Conclusão:** A maior orientação à APS presente na ESF justifica a sua escolha como modelo de expansão e qualificação da APS em Porto Alegre.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde, Estratégia Saúde da Família.

Abstract

The attributes of Primary Health Care (PHC) are recognized as structural axis of the PHC and they are associated to the quality of the services. The Instrument PCATool (Primary Care Assessment Tool) allows the measurement of the extension of these attributes through the experience and contact with users. **Goals -** Evaluate the quality of health care in different services of PHC in Porto Alegre city. **Method –** Cross-sectional study with adult users of the PHC services (Basic Health Service-UBS, Family Health Strategy-ESF, Murialdo-CSEM, Health, Service Conceição-GHC) and users of Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI, with complex sample and analysed with method Taylor Linearized. **Results -** We observed statistically significant differences of scores among different services of PHC (Global Scores $P < 0,05$ compared with Traditional Basic Health Service). Presence of co-morbidities (RP=1,46 – $P < 0,001$) and utilization of ESF (RP=2,52) and GHC (RP=5,11) as the preferential service are associated with a strong PHC orientation ($P < 0,001$). **Conclusions –** ESF's highest score for PHC justifies the choice of this model for expansion and qualification of PHC in Porto Alegre.

Keywords: Primary Health Care, Research on Health Services, The Family Health Strategy.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida através de seus atributos essenciais - o acesso de 1º contato ao sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade da atenção e coordenação da assistência, juntamente com os derivados - atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural[1] . Esses atributos estão relacionados em pesquisas nacionais e internacionais com a efetividade e a equidade da atenção[2-5]. No entanto, Blumenthal et al[6], ao revisarem a literatura sobre a efetividade da APS em grupos populacionais vulneráveis, concluíram que essas evidências são pouco abundantes, sendo necessária a realização de estudos de avaliação que definam claramente quais atributos estão sendo avaliados e qual sua real efetividade. Essa escassez de evidências também está presente no Brasil.

Starfield et al desenvolveram um instrumento capaz de medir a presença e extensão dos atributos da APS, o Primary Care Assessment Tool (PCATool) em versões adulto[7] e infantil[8]. Esse instrumento produz escores de cada atributo e um Escore Geral sobre a qualidade de atenção em APS, através da experiência de usuários adultos e infantis. Ambas as versões do PCATool já foram validadas no Brasil por Harzheim et al[9, 10] . Sua utilização permite mensurar a extensão de cada atributo e sua relação com resultados de saúde.

Em um momento de forte expansão da APS nas Américas e no nosso país, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a relação entre as características estruturantes do processo de atenção e a sua efetividade[11]. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, de março de 2006, é necessário ampliar os

conhecimentos e avançar na construção de metodologias de avaliação que permitam uma análise processual e da qualidade do serviço ofertado[12].

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, vem crescendo em número de equipes implantadas e é a principal estratégia para a expansão da APS[13-18]. No entanto, em Porto Alegre, a rede de serviços públicos de atenção primária em saúde inclui outros serviços, anteriores à ESF, cuja implantação iniciou em 1996. Estes são: o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com mais de 30 anos prestando assistência, além da formação de recursos humanos em APS; o Serviço de Saúde Comunitária (SSC-Conceição) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que desde a década de 80 também presta assistência e faz formação de recursos humanos em APS; e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais. Além do setor público, existe uma tendência nacional nos planos de auto-gestão de reorganizarem os seus modelos de atenção através da implementação de serviços baseados em APS. Um exemplo é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que, em 2004, implantou esse sistema em Porto Alegre.

Frente a essa diversidade de serviços, avaliar a qualidade do cuidado da APS nos seus distintos tipos de serviços é fundamental para apontar os caminhos que devem ser seguidos para a implantação definitiva das diretrizes e princípios do SUS em Porto Alegre. A comparação entre serviços de APS públicos e privados também pode contribuir para a qualificação da prática de APS em ambas as esferas. Assim, o objetivo deste artigo é comparar a presença e a extensão dos atributos da APS nos diferentes tipos de serviços existentes em Porto Alegre (ESF, UBS, CSEM, GHC, CASSI), de acordo com a experiência de utilização dos usuários adultos.

Materiais e Métodos

Estudo transversal de base populacional nos serviços de Atenção primária à Saúde (APS) do município de Porto Alegre. Foram estudados os adultos maiores de 18 anos de idade residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS e de um serviço privado. A amostragem foi por conglomerados, sendo calculada para estudos transversais comparativos e para descrição de proporções, com amostra total igual a 3000 usuários.

Entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) foram selecionadas aleatoriamente 50% das equipes de cada gerência distrital. Todas as unidades de APS do Grupo Hospitalar Conceição – GHC (12), do Centro de Saúde Escola Murialdo – CSEM (7) e da CASSI (5) foram incluídas na avaliação. Com base na estimativa de adultos por domicílio, sorteou-se aleatoriamente e sem reposição de 1 a 4 setores censitários, para cada unidade de serviço amostrada. Dentro do setor censitário amostrado foram selecionados domicílios de forma sistemática, partindo de uma esquina de referência, sendo entrevistados todos os moradores adultos que preencheram os critérios de inclusão. A amostra de adultos da CASSI foi proporcional ao número de usuários cadastrados nas equipes e também foi obtida por amostragem aleatória simples sem reposição na lista de famílias residentes em Porto Alegre. Todos os adultos dessas famílias foram contatados para participar do estudo.

Os adultos que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados. Foram excluídos os indivíduos que não apresentaram condição físico/mental para responder ao questionário; realizaram sua última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre antes de janeiro de 1996 (antes da municipalização) ou referiram um serviço de saúde fora de Porto Alegre.

Os entrevistadores foram selecionados entre acadêmicos e profissionais das diversas áreas de saúde (medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia e psicologia). Estes foram treinados ao longo de oito semanas quanto às características do estudo, ao preenchimento do questionário e à realização das medidas antropométricas. Foram periodicamente capacitados quanto às medidas, para garantir fidedignidade dos dados.

Utilizou-se para a coleta das informações um questionário geral estruturado e composto por três instrumentos distintos:

- Questionário sobre a qualidade da APS: Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, na sua versão adulto - PCATool – Adult Primary Care Assessment Tool, composto por blocos de perguntas que correspondem aos atributos da APS (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural) e por três perguntas iniciais que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde. As respostas são do tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo (1=com certeza não, 2=provavelmente não 3=provavelmente sim, 4= com certeza sim);
- Questionário estruturado com variáveis sociodemográficas e sobre os fatores de risco cardiovasculares;
- Questionário de satisfação do usuário (validado no Brasil, composto de 12 perguntas sobre os distintos aspectos da atenção - acesso, cordialidade, confiança, atuação do médico, orientações, marcação de consultas, avaliação geral – e com respostas tipo Likert de 1-5, representadas por figuras de faces com 5 expressões distintas de satisfação, que variam de ‘muito ruim’ a ‘muito boa’).

Para obter-se o escore de qualidade da APS foi calculada a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão e subdimensão do PCATool. O Escore Essencial é obtido através da média dos atributos essenciais (Acesso, Utilização, Coordenação, Longitudinalidade, Integralidade e Grau de Afiliação); o Escore Derivado é obtido através da média dos atributos derivados (Orientação Comunitária, Enfoque Familiar, Competência Cultural); e o Escore Geral da APS é o valor médio dos atributos essenciais, atributos derivados e o grau de afiliação. O valor obtido para o escore é, então, transformado para uma escala entre zero e dez ($\text{Escore Geral APS} = [(\text{escore obtido} - 1) / (4 - 1)] \times 10$).

Variáveis

Foram utilizadas variáveis que representam características socioeconômicas, demográficas, suporte social, estado de saúde e utilização do serviço. O estrato social foi definido através do Critério Brasil 2008-ABIPEME. Para cor da pele utilizou-se a cor referida pelo entrevistado, mesma estratégia utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A co-morbidade expressa a presença de pelo menos um dos desfechos crônicos avaliados (diabetes, hipertensão, cardiopatia isquêmica e obesidade). O tipo de serviço foi classificado pelos cinco diferentes modelos de atenção primária existentes em Porto Alegre (UBS, ESF, CSEM, GHC e CASSI). O grau de orientação para atenção primária equivale ao Escore Geral da APS. Foi definido como usuário de cada tipo de serviço o entrevistado que referia determinado serviço às três questões iniciais do PCATool referentes à utilização e vínculo. Para o escore de cada atributo e os escores essenciais e gerais foi considerado alto escore valores maiores ou iguais a 6,6, o que representa respostas maiores ou iguais a 3 na escala likert original do PCATool.

O questionário geral foi estruturado no submódulo Designer do Software Teleform [19]. Esse software possibilita que a construção da base de dados ocorra em simultâneo com o trabalho de campo. Os questionários foram digitalizados e a transferência das informações para uma planilha de dados foi realizada pelo processo de verificação das imagens, através dos submódulos reader e verify do Teleform[19]. Este processo substitui a dupla digitação, até então realizada na maioria dos estudos de base populacional. Os dados eram conferidos e exportados para um banco SPSS 13[20].

Após a conclusão da coleta, uma análise de consistência interna foi realizada em toda a base e os dados foram exportados para o STATA 9[21], software que permite a inclusão de características do plano amostral na análise. Todos os comandos escritos pelo sub menu survey (svy) incorporam correções nas estimativas de variabilidade. Utilizamos o Método de Linearização de Taylor para correção do efeito dos conglomerados.

Para a comparação das médias de cada atributo entre os tipos de serviços, utilizamos análise de variância (ANOVA) e, no caso de rejeição da hipótese de nulidade, foi utilizado o teste de Scheffé, procedimento realizado em SPSS 13, pois a comparação múltipla não está disponível no svy do STATA. Para avaliar as características qualitativas e/ou nominais dos usuários e dos serviços entre os cinco tipos de serviços com Alto e Baixo Escore de APS, utilizou-se o teste qui-quadrado. Adotamos nível de significância de 5% para as análises estatísticas.

Buscando associação entre grau de orientação para APS e características socioeconômicas e demográficas, estado de saúde, suporte social, tipo de serviço e características da utilização do serviço, ajustou-se um modelo de regressão de Poisson com variância robusta, seguindo uma estrutura hierárquica que define o nível de proximidade para a associação dessas variáveis com o grau de orientação à APS.

Variáveis que representavam características socioeconômicas, demográficas, suporte social, estado de saúde e utilização do serviço foram distribuídas em níveis de relação com o grau de orientação para APS em um modelo hierárquico conceitual[22], de acordo com a Figura 1. Nessa estrutura de análise, a associação das variáveis explicativas com o desfecho (grau de orientação à APS) é avaliada no nível hierárquico a que estas pertencem. Uma significância $\leq 0,20$ é adotada para permanência da variável no modelo multivariado, de acordo com o ajuste observado no seu nível hierárquico.

O modelo multivariado resultante desse ajustes inclui todas as variáveis que se mantiveram significantes no seu nível hierárquico.

Resultados

Foram entrevistados 3032 indivíduos da população adscrita à rede de atenção primária de Porto Alegre. Dessas entrevistas, 18 foram excluídas na etapa de avaliação de consistência por falhas no preenchimento ou por terem avaliado serviço fora de Porto Alegre. Na amostra final de 3014 usuários, observou-se que 53,8% dos entrevistados utilizavam outro serviço como fonte de cuidado que não aquele ao qual estavam geograficamente adscritos.

Entre a população adscrita à ESF, 40,1% referiu usar este serviço. Para o GHC, o percentual de utilização foi de 33%. O CSEM e a CASSI apresentaram, respectivamente, percentuais de utilização de 45,7% e 46,3 % entre a população adscrita, enquanto que as UBS apresentaram apenas 25,9% de utilização. Portanto, incluímos nesta avaliação apenas 1393 usuários que referiram utilizar um dos cinco serviços de atenção primária alvo do presente estudo.

Caracterizando a população estudada quanto à idade (Tabela 1), destacam-se os usuários da CASSI, para os quais a média é 55,9 (± 15) com uma mediana de 55 anos. O primeiro quartil de idade dos usuários da CASSI corresponde a 48 anos, indicando que 75% destes tinham uma idade superior a 48 anos. Conforme pode se verificar na Tabela 1, a presença de mulheres é maior, exceto na CASSI, onde se observou equilíbrio. Há um número maior de não brancos entre os serviços públicos e a distribuição entre os estratos sociais revela diferenças socioeconômicas entre os serviços. Para usuários das ESF, UBS e CSEM o percentual no estrato AB não ultrapassou 25%. Já entre os usuários do GHC e CASSI, esse percentual superou os 50% (64,2 % GHC e 81,3 CASSI). A renda per capita e a escolaridade também apresentaram uma grande variação entre os serviços.

Com o objetivo de comparar os serviços em todos seus aspectos, foram considerados o escore de cada atributo da APS, o grau de afiliação ao serviço de saúde e o Escore Essencial,

Derivado e Geral para cada serviço. Na Tabela 2, apresenta-se a comparação dos escores por atributo entre os serviços. Para o Escore Geral, foram identificadas diferenças significativas e superiores para todos os serviços quando comparados com as UBS Tradicionais ($P < 0,01$). A mesma análise foi realizada para os Escores Essencial e Derivado. Resultados semelhantes aos obtidos no Escore Geral foram observados para o Escore Essencial. Com exceção do CSEM, todos os serviços apresentaram escore maior que as UBS Tradicionais com significância estatística (Tabela 2).

Considerando a comparação entre Alto e Baixo Escore da APS, para os Escores Essencial e Geral estratificados por faixas de idade da população, buscou-se descrever as características de saúde nesses dois grupos. A prevalência de hipertensão nas faixas de 30-40 e 40-60 anos é maior entre usuários que classificaram seu serviço de saúde como de Alto Escore Geral ($P < 0,08$). Para o diabetes, observamos uma prevalência de 6,0% para os usuários na faixa de 30-40 anos que classificaram o seu serviço com Baixo Escore Geral e 8,9% para aqueles na mesma faixa etária que classificaram o serviço com Alto Escore ($P = 0,001$). A prevalência de obesidade nos usuários com idades entre 18-30, 30-40 e 40-60 é maior para aqueles que classificaram o serviço preferencial como de Alto Escore Geral em comparação com os usuários que atribuíram Baixo Escore ao seu serviço ($P < 0,05$). A saúde auto-referida avaliada como Muito Boa/Boa não diferiu entre as idades e grau de orientação à APS.

A classificação do serviço entre Alto e Baixo Escore Geral revelou que entre os usuários das UBS apenas 10% classificaram este como um serviço de Alto Escore. Entre os usuários da ESF, 23,2% a consideram com Alto Escore Geral. Para o CSEM, esse percentual é de 18,1%. No GHC o Alto escore foi atribuído por 48,5% dos usuários e, na CASSI, por 31,1%.

Através da análise univariada observou-se que, entre as variáveis socioeconômicas e demográficas, a renda per capita ($P = 0,004$) e idade ($P < 0,001$) estão associadas ao grau de orientação à APS. O tipo de serviço é isoladamente uma variável associada ao Alto Escore da

APS. Considerando o suporte social, o estado de saúde e utilização do serviço, observa-se que as variáveis desemprego na família ($P=0,064$), presença de co-morbidades, vínculo com o serviço e número de consultas estão associadas ao grau de orientação à APS ($P < 0,001$).

No modelo multivariado (Tabela 4) identificou-se que classe social, idade, cor da pele e desemprego na família são variáveis associadas a um acréscimo na prevalência de alto grau de orientação à APS. O estado de saúde, representado pela presença de co-morbidades, eleva em 46 % a prevalência de forte orientação à APS. O tipo de serviço utilizado revela um acréscimo significativo nas prevalências de alto escore de todos os serviços quando comparados às UBS. Na comparação entre ESF e UBS Tradicionais, observamos que a ESF apresenta uma prevalência de alto grau de orientação para APS 2,52 vezes maior que as UBS tradicionais ($P < 0,001$). Todos os outros serviços comparados às UBS Tradicionais apresentam razões de prevalência superiores à unidade: CSEM (RP=1,88, $P=0,008$), GHC (RP=5,11, $P < 0,001$) e CASSI (RP=3,18, $P < 0,001$).

O vínculo com o serviço superior a dois anos e o número de consultas nos últimos 12 meses são variáveis que se mantêm no modelo multivariado, elevando a prevalência de forte orientação à APS com significância estatística ($P < 0,001$).

Discussão

Considerando o cenário político atual do país e o espaço que a Atenção Primária vem ocupando nas agendas de saúde, cresce o interesse e a importância de produção científica de qualidade nessa área. Isso serve como estímulo para que grupos de pesquisadores orientem seus trabalhos nessa direção, gerando produtos que possam servir de base teórica e justificativa para as decisões, culminando em ações práticas e resolutivas para toda a sociedade.

Os resultados apresentados mostram diferenças na população estudada quanto a estrato social, renda e idade de acordo com o tipo de serviço utilizado (Tabela 1).

O marco teórico adotado contempla os atributos da APS, e a avaliação de cada um deles nos distintos serviços estudados pode apontar para os principais problemas da estrutura e/ou do processo de cuidado existente[11].

Avaliando o atributo acesso de primeiro contato que “implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos pacientes para cada problema novo ou novo episódio de problema já existente”[1], observamos, no tocante à acessibilidade, que todos os serviços estão aquém do nível ótimo, demonstrando barreiras de acesso. Por outro lado, os usuários que superam essas barreiras qualificam positivamente a utilização do serviço. Apenas a CASSI apresentou um escore inferior ao nível ótimo, mas cabe ressaltar que neste serviço não há obrigatoriedade de o primeiro contato ser realizado com a equipe da Saúde da Família.

A longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte continuada e personalizada de atenção, e seu uso ao longo do tempo[1], só apresentou escores superiores ao nível ótimo em dois dos cinco serviços avaliados. Um deles é o GHC, com uma tradição de mais de 25 anos e com características estruturais muito distintas dos demais[23], e outro é a CASSI, que adotou a estratégia de adesão voluntária dos seus usuários ao modelo de APS, o que já diferencia a população quanto ao vínculo com o serviço e profissionais. Entre os três

serviços que não obtiveram um escore superior a 6,6 neste atributo, destacamos que a ESF se mostra superior aos outros serviços, ambos com maior tempo de existência.

A coordenação do cuidado que “exige a existência de algum tipo de continuidade (seja por meio dos médicos, da história clínica ou por ambos), assim como a identificação de problemas que são abordados em outros serviços e a integração deste cuidado com o cuidado geral do paciente”[1], revelou-se uma característica que merece toda atenção. Esse atributo não atinge o nível ótimo em nenhum dos serviços. Apenas a ESF e o GHC estão com escores superiores a 5 pontos, o que equivale a respostas mais frequentes entre o “provavelmente não” e o “provavelmente sim” na escala Likert original.

A integralidade das ações, que “implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos dentro delas”[1], pode ser considerada razoável, pois para a maioria dos serviços o escore supera o valor central (5). Apenas o GHC está na fronteira do nível ótimo (6,5). No entanto, quando se avaliou os serviços prestados, percebeu-se que os serviços da rede pública precisam ser melhorados, pois, dentre estes, apenas o GHC apresenta escore superior ao modelo tradicional. A CASSI é o único serviço com escore para serviços prestados superior a 5 (5,2), mas também não atingindo o nível ótimo. Pelo exposto, e considerando o Escore Essencial, podemos apontar para a ESF, GHC e CASSI como serviços com a melhor orientação para APS quando comparados ao modelo de UBS tradicionais.

Quando mudamos o foco para os atributos derivados, observamos situações semelhantes. A orientação familiar ou centrada na família, que consiste em “conhecimento dos fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das enfermidades”[1], revelou-se um atributo de baixa expressão entre os serviços públicos e com nível ótimo na CASSI, demonstrando uma necessidade de ênfase na abordagem de fatores familiares no cuidado.

A orientação comunitária refere-se ao “conhecimento do provedor sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e avaliação conjunta dos serviços”[1]. Esse atributo apresentou escores baixos para UBS e CASSI. A ESF e GHC atingiram escores superiores a 5, provavelmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde[24].

A competência cultural “envolve o reconhecimento das necessidades especiais das subpopulações que podem estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”[1]. GHC e CASSI atingiram escores maiores que 6,6, mostrando melhor habilidade de comunicação entre a equipe de saúde e o usuário.

Na avaliação do Escore Geral, que contempla todos os atributos, observamos que todos os serviços atingiram escores significativamente maiores que o escore da UBS, mas apenas o GHC ultrapassa o nível ótimo. Assim, destacamos que existem diferenças importantes entre os serviços, mas existem atributos que devem ser efetivamente melhorados para todos os serviços públicos, como: acessibilidade, integralidade e orientação familiar.

As diferenças positivas entre os Escores da APS a favor das unidades do GHC podem estar associadas à estrutura existente nessas unidades e à qualidade dos recursos humanos dessa instituição (Tabela 2). O GHC é centro formador e todas suas unidades atuam primordialmente com profissionais médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade (com forte vínculo empregatício, pouca rotatividade entre as equipes), e alguns com experiência de preceptoria, fatores que podem estar contribuindo fortemente para os melhores resultados na qualidade do serviço.

Neste estudo, identificamos que as características do estado de saúde se mostram bem distintas quando avaliadas entre o Alto e Baixo Escore Geral e Essencial da APS (Tabela 3). As doenças crônicas são mais prevalentes na população atendida em serviços classificados

com Alto Escore seguindo o padrão da idade. O tempo de relacionamento com o serviço superior a dois anos é outra característica em destaque no grupo de Alto Escore.

Com base nos resultados obtidos pelo modelo hierárquico conceitual multivariado (Tabela 4), observa-se que os usuários estão atribuindo uma forte orientação à APS apesar de condições de vulnerabilidade (classe social CDE, idade, cor da pele não-branca, presença de doenças crônicas, desemprego na família). Isto mostra que os serviços de APS estão no caminho correto em busca de seus objetivos: priorizar os usuários mais vulneráveis e com maior carga de doenças[6, 25].

Os resultados apresentados revelam que, inequivocamente, as UBS Tradicionais não são o modelo para fortalecimento da APS em Porto Alegre. Por outro lado, a utilização da ESF aumenta a prevalência de Alto Escore, assim como do GHC e da CASSI. Como define a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve ser o modelo para ampliação da rede de APS e reorganização do modelo assistencial do SUS[12]. Apesar disso, os escores dos atributos individuais revelam que a ESF, mesmo sendo superior às UBS tradicionais, ainda deve avançar na busca de maior qualidade. Mas, em Porto Alegre, a ESF ainda não se configurou como prioridade do gestor municipal para reorganização do modelo assistencial, haja vista a baixa cobertura existente na cidade (22%), a fragilidade do vínculo empregatício dos profissionais e, recente, crise na recontração desses profissionais após sua demissão generalizada.

As perdas e recusas foram superiores ao estimado, o que exigiu que tomássemos algumas medidas para minimizar o viés de não resposta. A estratégia adotada foi aumentar o número de visitas a cada domicílio e substituir todas as perdas e recusas. Com isso, foi necessário realizar aproximadamente 6000 contatos para a realização das 3032 entrevistas. Essa estratégia é apontada na literatura como uma das formas de garantir as propriedades da amostra calculada[26]. A obtenção de dados primários qualifica o estudo quando

confrontados com os valores médios agregados obtidos em estudos ecológicos passíveis de falácia ecológica ou com base em dados secundários passíveis de viés[27]. Essa avaliação contemplou apenas a experiência dos usuários, que provavelmente está muito vinculada às suas necessidades, demandas pessoais e a algumas das características de estrutura dos serviços, que podem não representar integralmente a complexidade do processo que define a qualidade dos serviços. Apesar de o instrumento utilizado incorporar características quantitativas e qualitativas, estas são condensadas em um valor final com pesos constantes entre si, sendo assim, não existe a certeza de qual o adequado valor de cada atributo para a definição do Escore Geral da APS. Isso poderia ser melhorado através de outra investigação que buscasse determinar qual o peso de cada atributo na construção do grau de orientação à APS, confrontando-o com desfechos em saúde.

Alem disso, por se tratar de um estudo transversal, os resultados aqui discutidos não estão livres da causalidade reversa. Quando definimos no modelo hierárquico vínculo com o serviço e o número de consultas realizadas (informações da utilização do serviço) como determinantes do grau de orientação para APS, não estamos garantidos de que essa relação seja inversa, isto é, que perceber o serviço com forte orientação para APS leve a maior utilização do mesmo.

Implementar uma rápida substituição do modelo de UBS tradicionais por equipes da ESF é a opção mais indicada para Porto Alegre, devido à superioridade dos resultados a favor desse modelo e a experiências positivas de outros grandes municípios, dentre eles Belo Horizonte, que optaram pela conversão da rede implantando entre 2002/2003 473 equipes da ESF, cobrindo aproximadamente 60% do município. Mas essa substituição deve se basear entre outros critérios, na contratação de profissionais médicos especializados em Medicina de Família e Comunidade, como o GHC. Esse fator pode garantir, entre outras coisas, a melhoria na qualidade dos serviços oferecidos por este modelo, visto que entre os serviços avaliados, o

GHC adotou esta política e apresentou resultados melhores frente à estratégia nacional de expansão da APS.

Colaboradores

Mônica Maria Celestina de Oliveira participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e figuras e redação do texto.

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

João Riboldi contribuiu na estruturação do modelo e análise dos resultados.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

Instituições Financiadoras

CNPq, FAPERGS E CAPES

REFERÊNCIAS

- [1] Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- [2] Starfield B. Comparações Internacionais. In: UNESCO Brasil Ministério da Saúde, ed. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília 2004:34-40.
- [3] Forrest C, Starfield B. Benefícios da Atenção de Primeiro Contato: The effects of first-contact with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília 1996:209-17.
- [4] Macinko J, Guanais FC, Souza MdFMd. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60:13-9.
- [5] Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003;38(3):831-65.
- [6] Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups. Health Serv Res 1995;30 (1):253-73.
- [7] Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Family Practice. 2001;50(2):161-75.
- [8] Cassidy C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenbergl L. Measuring consumer experiences with primary care. Pediatrics. 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.
- [9] Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Dardet CÁ, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção

- Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. Cadernos de Saúde Pública. 2006 Agosto-2006; 22(8):1649-59.
- [10] Harzheim E, Duncan BB, Oliveira MMC, Agostinho M. Validação do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Atenção Primária - PCATool- Adulto; 2007.
- [11] Souza HM, Sampaio LFR. Atenção Básica. Política, Diretrizes e Modelos Coetâneos no Brasil Atual. In: Saúde DAB-MS, ed. Recursos Humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Universidade Estadual de Campinas 2002:9-32.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica - Portaria 648 2006.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família completa 10 anos. 2004.
- [14] Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro da casa, Brasília, 1994.
- [15] Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil. 2003; 3(1):113-25.
- [16] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 18 de dezembro de 1997.
- [17] Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu funcionamento? Ciência Saúde Coletiva. 2003;8(2):403-15.
- [18] Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(3):401-12.
- [19] Teleform. Cardiff® an Autonomy Company - Unveils Next Generation of Intelligent Document Processing. V.10 . 2006.

- [20] SPSS. SPSS® for Windows®. 13 ed 2007:<http://www.spss.com.br/index.htm>.
- [21] Stata. <http://www.stata.com/stata9/> 2006.
- [22] Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. *Internacional Journal of Epidemiology*. 1997;vol 26, No 1.
- [23] Goulart FAA, Ribeiro JM. *Experiências em Saúde da Família: cada caso é um caso?* Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2002.
- [24] Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005;13 (6):1027 -34.
- [25] Shi I, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Service Research*. 2002;37(3):529-50.
- [26] Silva NN. *Amostragem Probabilística: Um Curso Introdutório*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - Edusp 2004.
- [27] Santos IS, Victora CG. Serviços de Saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20 (Supl 2):337-41.

Figura 1. Modelo Hierárquico para análise do grau de orientação para APS

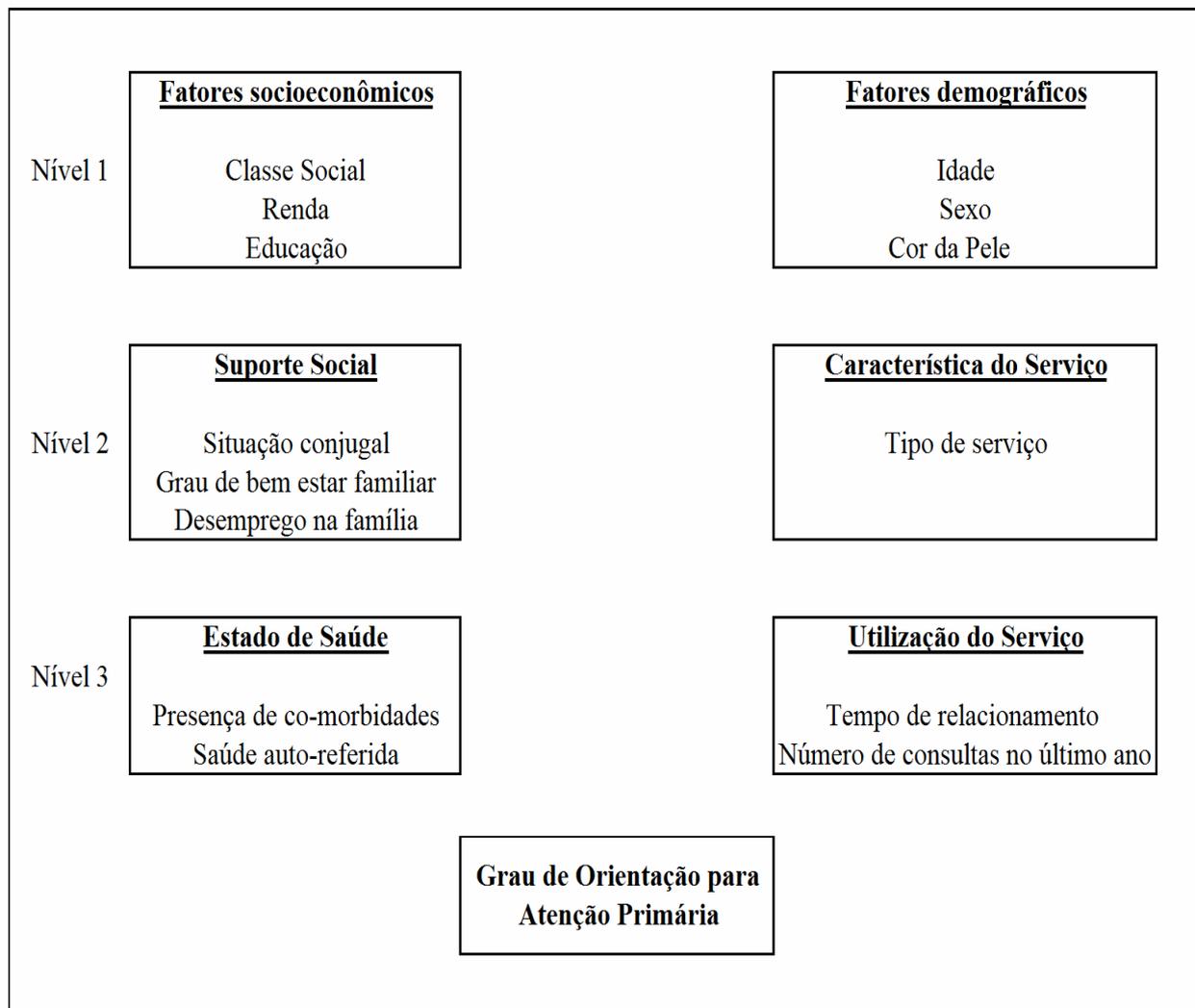


Tabela 1. Distribuição socioeconômica, demográfica, estado de saúde e utilização do serviço da população estudada por tipo de serviço de atenção primária, Porto Alegre, 2007

Variáveis	UBS [média(dp) / %]	ESF [média(dp) / %]	CSEM [média(dp) / %]	GHC [média(dp) / %]	CASSI [média(dp) / %]
Sóciodemográficas	n=300	n=578	n=134	n=172	n=192
Idade (anos)	44,1(16,9)	41,7(15,0)	42,9(16,5)	48,8(18,2)	55,9(15,4)
Sexo					
Masculino	37,0	34,1	33,5	32,1	49,7
Feminino	63,0	65,9	66,5	67,9	50,3
Escolaridade (anos completos)	7,5(3,8)	6,7(3,4)	7,2(3,3)	8,0(3,8)	14,8(3,5)
Cor da Pele					
Brancos	60,0	57,1	48,9	75,4	94,3
Não Brancos	40,0	42,9	51,1	24,6	5,7
Classe Econômica					
AB	24,3	19,2	20,7	64,2	81,3
CDE	75,7	80,8	79,3	35,8	18,3
Renda <i>Per Capita</i> (reais)	420,8(415,5)	388,3(424,0)	361,7(362,6)	491,4(420,7)	2585,2(1851,1)
Estado de Saúde					
Saúde Auto-Referida					
Muito Boa/Boa	75,3	74,5	71,8	69,4	82,4
Regular/Ruim/Muito Ruim	24,6	25,4	28,2	30,6	17,6
Hipertensão Arterial	42,7	40,8	39,4	44,0	48,2
Diabetes Mellitus	6,3	8,5	8,5	12,7	5,2
Cardiopatía Isquêmica	5,0	5,4	6,4	9,7	6,3
Obesidade	22,3	30,8	21,8	29,1	22,8
Utilização do Serviço					
Número de consultas últimos 12 meses					
< 2	37,1	28,6	36,7	26,9	23,4
>= 2	62,9	71,4	63,3	73,1	76,6
Tempo de Relacionamento					
<= 2 anos	28,4	34,5	15,2	6,1	28,2
> 2 anos	71,6	65,5	84,7	93,9	71,8

Tabela 2. Escores dos atributos da APS entre os diferentes serviços de atenção primária, Porto Alegre, 2007

Atributos da Atenção Primária	Escore de Atenção Primária #				
	UBS	ESF	CSEM	GHC	CASSI
Grau de afiliação ao serviço	5,3	6,1**	5,7	7,6**	6,6**
Acessibilidade	2,8	2,7	2,5*	2,6	3,8**
Acesso - Utilização	8,2	8,9**	8,8	9,2**	6,3**
Longitudinalidade	5,1	5,9**	5,4	7,5**	8,5**
Coordenação	3,9	5,4**	4,9	5,7**	4,7
Integralidade - Serviços Disponíveis	5,7	5,4	5,9	6,5**	5,4
Integralidade - Serviços Prestados	3,3	3,5	3,3	4,4**	5,2**
Essencial	5,3	5,7**	5,6	6,6**	5,8**
Orientação Familiar	2,7	3,4*	3,7*	4,8**	6,6**
Orientação Comunitária	2,8	5,7**	4,9**	6,4**	3,7**
Competência Cultural	5,7	6,0	5,8	7,5**	8,1**
Derivado	3,7	5,0**	4,8**	6,3**	6,1**
Geral	4,8	5,5**	5,3**	6,5**	5,9**

* Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,05

** Significância pelo Teste de Scheffé - p-valor < 0,01

Os escores assumem valores entre 0-10

Tabela 3. Distribuição das características de saúde da população estudada entre Alto e Baixo Escore da APS por faixa etária, Porto Alegre, 2007

Faixa Etária	Variáveis	Baixo Escore Essencial (%)	Alto Escore Essencial (%)	p-valor	Baixo Escore Geral (%)	Alto Escore Geral (%)	p-valor
18 -30	Saúde Auto- Referida						
	Muito Boa/Boa	78,8	75,8	0,594	78,4	76,9	0,811
	Doenças Crônicas						
	Hipertensão Arterial	10,6	10,6	0,999	10,8	9,6	0,800
	Diabetes Melitus	0,0	1,5	0,048	0,0	1,9	0,022
	Cardiopatia Isquêmica	4,00	1,5	0,287	7,0	0,0	0,540
	Obesidade	11,7	22,7	0,021	12,2	23,1	0,038
30 - 40	Saúde Auto- Referida						
	Muito Boa/Boa	83,8	71,3	0,046	82,6	73,3	0,161
	Doenças Crônicas						
	Hipertensão Arterial	72,5	73,1	0,935	24,6	37,8	0,077
	Diabetes Melitus	6,0	7,7	0,004	6,0	8,9	0,001
	Cardiopatia Isquêmica	1,3	1,9	0,725	1,8	0,0	0,364
	Obesidade	31,9	32,7	0,913	28,7	44,4	0,045
40 - 60	Saúde Auto- Referida						
	Muito Boa/Boa	75,1	66,7	0,047	72,8	72,6	0,956
	Doenças Crônicas						
	Hipertensão Arterial	48,2	62,1	0,003	49,8	58,2	0,078
	Diabetes Melitus	7,9	15,1	0,011	9,4	11,1	0,558
	Cardiopatia Isquêmica	6,8	6,5	0,896	7,7	4,1	0,138
	Obesidade	28,4	36,6	0,059	27,9	38,4	0,018
≥ 60	Saúde Auto- Referida						
	Muito Boa/Boa	73,6	65,9	0,182	71,3	71,3	0,999
	Doenças Crônicas						
	Hipertensão Arterial	68,3	77,3	0,124	68,6	77,5	0,136
	Diabetes Melitus	15,6	21,6	0,216	16,4	20,0	0,474
	Cardiopatia Isquêmica	16,0	9,1	0,118	13,0	16,3	0,472
	Obesidade	27,4	31,8	0,441	27,3	32,5	0,380

Tabela 4. Variáveis associadas ao Alto Escore Geral de Atenção Primária à Saúde - Regressão de Poisson com variância robusta.

Variáveis	Modelo Univariado		Modelo Multivariado		
	RP	P-valor	RP	IC (95 %)	P-valor
Socioeconomicas					
Classe Social					
CDE	1	-	1		
AB	1,25	0,137	1,27	0,93 - 1,73	0,139
Renda <i>Per Capita</i>	1,0008	0,004	-	-	-
Escolaridade (anos completos)	1,004	0,788	-	-	-
Sociodemograficas					
Idade	1,01	< 0,001	1,01	0,91 - 1,40	<0,001
Sexo					
Masculino	1	-			
Feminino	1,07	0,576	-	-	-
Cor da Pele					
Branco	1	-	1		
Não Branco	1,06	0,561	1,23	1,005 - 1,51	0,045
Suporte Social					
Situação Conjugal					
Sem companheiro(a)	1	-			
Com companheiro (a)	2	0,153	-	-	-
Grau de bem estar familiar					
Regular/Muito Ruim	1	-			
Muito Bom/Bom	1,07	0,602	-	-	-
Desemprego na família					
Não	1		1		
Sim	1,26	0,064	1,44	1,16 - 1,79	0,001
Tipo de Serviço					
UBS	1	-	1		
CSEM	1,81	0,017	1,88	1,18 - 2,98	0,008
ESF	2,32	< 0,001	2,52	1,82 - 3,47	< 0,001
GHC	4,85	< 0,001	5,11	3,78 - 6,92	< 0,001
CASSI	3,11	< 0,001	3,18	2,16 - 4,70	< 0,001
Estado de Saúde					
Saúde Auto-referida					
Regular/Muito Ruim	1	-			
Muito Bom/Bom	0,91	0,428	-	-	-
Co-morbidades					
Ausência	1	-	1		
Presença	1,64	< 0,001	1,46	1,12 - 1,90	0,005
Utilização do Serviço					
Vínculo com serviço					
<= 2 anos	1	-	1		
> 2 anos	1,87	< 0,001	1,61	1,21 - 2,13	0,001
Número de consultas nos últimos 12 meses					
< 2	1	-	1		
>= 2	2,88	< 0,001	2,59	1,87 - 3,59	< 0,001

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho apontamos para os pontos positivos e negativos da rede de atenção primária de Porto Alegre e avançamos no processo avaliativo à medida que captamos na população usuária da rede suas experiências e mensuramos a qualidade desses serviços sobre essa ótica.

A substituição do modelo de UBS tradicionais por equipes da ESF é a uma medida que deve ser adotada pelo gestor local frente à superioridade dos resultados a favor desse modelo, ressaltando que ainda se faz necessário um investimento em recursos humanos qualificados para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Estudos que contemplem a experiência de outros atores do processo (gestores e profissionais) podem acrescentar elementos a esta discussão.

ANEXOS

Anexo 1. Projeto de Pesquisa



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

PROJETO DE PESQUISA

PRESENÇA E EXTENSÃO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE
OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

Aluno: Mônica Maria Celestina de Oliveira
Orientador: Erno Harzheim
Co-Orientador: João Riboldi

Porto Alegre, Junho de 2007

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é definida através de seus atributos, quais sejam, o acesso de 1º contato ao sistema de saúde, a longitudinalidade e integralidade da atenção, a coordenação da assistência, a atenção centrada na família e na comunidade, e a competência cultural[1]. Esses atributos estão relacionados em pesquisas internacionais com a efetividade e a equidade da atenção. No entanto, Blumenthal[2], ao revisar a literatura sobre a efetividade da APS em grupos populacionais vulneráveis, concluiu que evidências sobre a efetividade dos atributos da APS são pouco abundantes, sendo necessária a realização de estudos de avaliação que definam claramente quais atributos estão sendo avaliados e qual sua real efetividade. Essa escassez de evidências também está presente no Brasil. Num momento de forte expansão da APS nas Américas e no nosso país, tornou-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a relação entre as características do processo de atenção e a sua efetividade.

Nesse sentido, os atributos da APS – acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural - são reconhecidos na literatura internacional como eixos estruturantes do processo de APS, associados à qualidade dos serviços[3], à efetividade[4] e eficiência[5] de suas intervenções. Starfield et al desenvolveram um instrumento capaz de medir sua presença e extensão[6], o Primary Care Assessment Tool (PCATool) em versões adulto[6] e infantil[7]. A versão infantil já foi validada no Brasil por Harzheim et al [8] com apoio do grupo da autora do instrumento.

Esse instrumento produz escores desses atributos e um escore geral sobre a qualidade de atenção em APS. Assim, o uso de um instrumento capaz de avaliar a qualidade da atenção primária oferecida, a partir da mensuração da extensão dos atributos da APS, representa uma

oportunidade de avaliação comparativa do grau de êxito dos serviços em alcançar excelência na prática de APS.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciada em 1994, vem crescendo em número de equipes implantadas e é a principal estratégia para a expansão da APS[9-14]. No entanto, em Porto Alegre, a rede de serviços públicos de atenção primária em saúde inclui outros serviços, anteriores à ESF, cuja implantação neste município iniciou em 1996. Estes serviços são: o Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS), com mais de 30 anos prestando assistência, além da formação de recursos humanos em APS; o Serviço de Saúde Comunitária (SSC-Conceição) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que desde a década de 80 também presta assistência e faz formação de recursos humanos em APS; e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, que não apresentam a homogeneidade programática, nem de composição das equipes como na ESF.

Além do setor público, existe uma tendência nacional nos planos de auto-gestão de reorganizarem os seus modelos de atenção através da implementação de serviços baseados em APS. Exemplo disso é a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que em 2004 implementou este sistema.

Frente a essa diversidade de serviços com diferentes características organizacionais, avaliar a estrutura e o processo de cuidado da APS nos seus distintos modelos assistenciais é fundamental para apontar os caminhos que devem ser seguidos para a implantação definitiva das diretrizes e princípios do SUS. A comparação entre serviços de APS públicos e privados também pode contribuir para a qualificação da prática de APS em ambas as esferas, principalmente ao definir a qualidade assistencial da ESF quando comparada a outros modelos de atenção que possuem equipes multiprofissionais mais amplas que, talvez, possibilitem maior integralidade da atenção.

Investigações capazes de produzir conhecimento sobre a avaliação de serviços de APS são especialmente úteis no âmbito do SUS. A definição de indicadores de estrutura e processo de atenção – escores dos atributos da APS - e a investigação de sua associação com o contexto do serviço de saúde no qual está imerso tornam-se importantes para avaliar o grau de orientação à APS dos distintos serviços do município de Porto Alegre.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Avaliar a qualidade da atenção dos diferentes serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) existentes em Porto Alegre, através dos escores dos atributos da APS, obtidos a partir da experiência de utilização dos usuários adultos.

Objetivos Secundários

1. Comparar os diferentes serviços de APS, identificando os de maior grau de orientação à APS (escore geral da APS)
2. Identificar características no nível do usuário e tipo de serviço que favorecem o Alto Escore Geral de APS.

MÉTODOS

Delineamento do estudo: Estudo Transversal de Base Populacional

População da pesquisa:

- a) Adultos maiores de 18 anos de idade residentes nas áreas geográficas cobertas pela rede pública de APS em Porto Alegre e listagem de pacientes maiores de 18 anos atendidos pelas Equipes de Saúde da Família da CASSI-RS

Amostra:

Plano Amostra

Amostragem por conglomerado de serviços e proporcional à população adscrita. A amostra foi calculada com um poder de 80%, nível de significância (α) de 5%, fator de delineamento para correção do efeito de cluster (deff) de 1,2 para comparação entre serviços. A proporção de alto escore de APS entre os serviços foi estimada para variar entre 15% e 50%.

Seleção da Amostra

Entre as USs e ESFs serão selecionadas aleatoriamente 50% das equipes de cada gerência distrital. Todas as unidades de APS do Grupo Hospitalar Conceição (12), do Centro de Saúde Escola Murialdo (8) e da CASSI (5) serão incluídas na avaliação. Para cada equipe amostrada serão selecionados domicílios de forma sistemática, sendo entrevistados todos os moradores adultos que preencherem os critérios de inclusão.

A amostra de adultos da CASSI-RS é proporcional ao número de usuários cadastrados nas equipes de APS e foi obtida através da lista de famílias cadastradas seguindo uma ordem aleatória para contato. Todas as famílias residentes em Porto Alegre que estejam cadastradas há pelo menos 12 meses em uma das equipes de Saúde da Família serão contatadas e convidadas a participar do estudo.

Critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados ou indivíduos cadastrados nas equipes de Saúde da Família CASSI, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão: indivíduos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados ou indivíduos cadastrados nas equipes de Saúde da Família CASSI que:

- não apresentarem condições de saúde para responder ao questionário;
- última consulta em um serviço de saúde de Porto Alegre ocorreu antes de janeiro de 1996 (antes do processo de municipalização);
- identificar como serviço de saúde de referência um serviço fora de Porto Alegre;
- morar há menos de 12 meses na área de adscrição do serviço;

PLANO DE ANÁLISE

- Análise descritiva, definição de escore médio por atributo e Escore Geral da APS para cada tipo de serviço;
- Comparação múltipla dos escores de APS entre os cinco serviços avaliados;
- Identificação de variáveis dos usuários e dos serviços de saúde associados com alto escore geral de APS;
- Cálculo da razão de prevalência do serviço atingir um alto escore geral da APS considerando características dos usuários.

Para o ajuste de um modelo de regressão que se propõe explicar os fatores associados ao alto escore da APS, utilizaremos variáveis no nível do usuário como: idade, sexo, escolaridade, cor da pele, estrato social, renda per capita, e tempo de vínculo com o serviço.

QUESTÕES ÉTICAS

O projeto principal intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e modelos alternativos no município de Porto Alegre” tem aprovação dos comitês de ética das instituições envolvidas na pesquisa: SMS, Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), GPPG-HCPA, Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

As entrevistas somente são realizadas com os adultos que lêem, concordam e assinam o TCLE.

CRONOGRAMA BÁSICO

	Abr-Jun 2007	Jun-Jul 2007	Jul-Set 2007	Set_Nov 2007	Nov-Dez 2007
Revisão da literatura	X	X	X		
Redação do projeto	X				
Defesa do projeto	X				
Conclusão da coleta de dados		X			
Limpeza do banco	X	X	X		
Análise dos dados		X	X	X	X
Defesa preliminar				X	
Redação do artigo				X	X
Defesa final					X

RECURSOS NECESSÁRIOS

O projeto intitulado “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família em Porto Alegre” foi aprovado e recebeu financiamento Fapergs, através do PPSUS 2005.

A extensão desse projeto, que visa avaliar os demais modelos existentes e cujo título é “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e modelos alternativos no município de Porto Alegre”, teve seu orçamento aprovado e liberado através do edital 49/2005-5 do CNPq.

A UFRGS cedeu o espaço físico e material humano para o desenvolvimento do mesmo.

A Secretária Municipal de Saúde apóia a pesquisa disponibilizando o transporte dos entrevistadores nos finais de semana e feriados.

A CASSI disponibilizou uma equipe de profissionais do Sistema de Informação para agendamentos com as famílias amostradas.

A Capes, através do PRODOC, disponibilizou um bolsista Pós-Doc e verba de bancada.

REFERÊNCIAS

- [1] Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
- [2] Blumenthal D, Mort E, Edwards J. The Efficacy of Primary Care for Vulnerable Population Groups. *Health Serv Res* 1995;30 (1):253-73.
- [3] Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Service Research*. 2002;37(3):529-50.
- [4] Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60(3):201-18.
- [5] Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-65.
- [6] Shi L, Starfield B, Jihaong X. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Family Practice*. 2001;50(2):161-75.
- [7] Cassady C, Starfield B, Hurtado M, Berk R, Nanda J, Friedenbergl L. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
- [8] Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, -Dardet CÁ, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Agosto-2006;22(8):1649-59.
- [9] Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*. 2002;7(3):401-12.

- [10] Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde dentro da casa, Brasília, 1994.
- [11] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886 de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 18 de dezembro de 1997.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Materno-Infantil. 2003; 3(1):113-25.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família completa 10 anos. 2004.
- [14] Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu funcionamento? Ciência Saúde Coletiva. 2003; 8(2):403-15.

Anexo 2. Aprovação Comitê de Ética



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



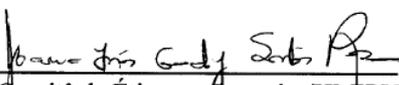
Porto Alegre, 27 de setembro de 2005.

Ilmo (a) Sr. (a)

Bruce B Duncan

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

Atenciosamente,


Comitê de Ética em Pesquisa/HMIPV

CASSI

Porto Alegre, 03 de novembro de 2005.

Ao
CNPq

Afirmo através desta que a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil apóia e é instituição colaboradora do projeto de pesquisa intitulado "Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre", sob coordenação do Prof. Bruce B. Duncan do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A forma e o conteúdo desta colaboração esta definida na proposta n° 9366559643809311, datada de 18/10/2005, em resposta ao edital 49/2005 do CNPq.

Atenciosamente,



Carlos Emilio Flesch
Gerente Regional
CASSI RS

Caixa de Assistência dos
Funcionários do Banco do Brasil
Tel: (051) 2139.8000
Fax: (051) 2139.8001
Av. Cristóvão Colombo, 2240 – 5º andar
90560-002 Porto Alegre RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

Of. CEPS/ESP – 076/2006.

Porto Alegre, 08 de agosto de 2006.

Senhor Pesquisador

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


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

Ilmo. Sr.
Erno Harzhein
UFRGS
N/C

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



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA **PROPESQ**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

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

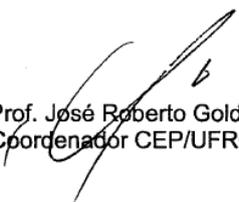
Número:2004367

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

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

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

Porto Alegre, 13 de janeiro de 2005.


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/UFRGS



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

RESOLUÇÃO

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

Projeto: 05-365

Pesquisador Responsável:
BRUCE BARTOLOW DUNCAN

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

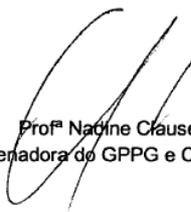
AMPLIAÇÃO DA PESQUISA

Data da Versão:

15/02/2006

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

Porto Alegre, 15 de fevereiro de 2006.


 Profª Nacine Clausell
 Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA



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

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

Nº CEP/GHC: 029/06
FR: 88112

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

Pesquisador(es): Erno Harzheim

PARECER:

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Aprovados
Aspectos Éticos: Aprovados

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

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

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

Dr. Lauro Luís Harzheim
Assistente de Coordenação de Pesquisa
GEP/GHC

Dr. Julio Baldisserotto
Coordenador CEP - GHC

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

Anexo 3. Instrumento

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA	Identificação <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a a saúde do adulto no Programa Saúde da Família no município de Porto Alegre Questionário Individual Entrevistador: Apresente-se e diga: "Quero contar-lhe um pouco mais sobre esta pesquisa. A finalidade desta pesquisa é falar diretamente com as pessoas sobre as suas experiências, boas ou más, na obtenção de atendimento de saúde. As entrevistas nos ajudarão a saber que serviços precisam ser melhorados." (A seguir leia, o TCLE, colete a assinatura do entrevistado nas duas vias do TCLE e não esqueça de numerar o TCLE com o número do questionário - nº no canto superior direito: identificação) Após, inicie a aplicação do questionário.		
INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA COORDENADOR		
IA1. Nº setor censitário <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	IA2. Nº questionário Familiar <input type="text"/>	
IA3. Tipo de serviço amostrado <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> USs <input type="checkbox"/> Murialdo <input type="checkbox"/> GHC <input type="checkbox"/> Cassi	IA4. Código da unidade amostrada <input type="text"/> <input type="text"/>	
INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA ENTREVISTADOR		
IA5. Código do entrevistador <input type="text"/> <input type="text"/>	IA6. Data da entrevista <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IA7. Hora de início da entrevista <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
DD1. Qual seu nome completo?		
<input type="text"/>		
DD2. Qual o nome completo da sua mãe?		
<input type="text"/>		
DD3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	DD4. Data de Nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DD5. Idade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
DD6. Qual você diria que é a cor da sua pele ou sua raça? (LEIA AS ALTERNATIVAS)		
<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		
DD7. Você é: (LEIA AS OPÇÕES)		
<input type="checkbox"/> Casado(a)/Tem companheiro/Ajuntado (a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a)		
<input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
DD8. Você têm filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para DD10)		
DD9. Quantos filhos você têm? <input type="text"/> <input type="text"/>		
DD10. Seu endereço:		
Rua/Av:		
<input type="text"/>		
Nº:	Complemento	Bairro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4566296413		

Identificação					
B. PRIMEIRO CONTATO - UTILIZAÇÃO					
Entrevistador - para todas as próximas perguntas você deve usar o cartão de resposta nº1					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1. Quando você necessita de uma consulta de revisão (check-up), você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao "nome do médico/enfermeira/local" antes de ir a outro serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
B3. Quando você tem que consultar um especialista, "nome do médico/enfermeira/local" tem que encaminhar você obrigatoriamente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C. PRIMEIRO CONTATO - ACESSO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. "nome do médico/enfermeira/local" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto e você adoecer, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C4. Quando "nome do médico/enfermeira/local" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2434296415					

						Identificação
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
C5. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C6. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C7. (Se sempre aberto, não se aplica) Quando "nome do médico/enfermeira/local" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	NSA <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C8. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (check-up) neste "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C9. Uma vez que você chega "nome do médico/enfermeira/local", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira (sem contar triagem ou acolhimento)?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C10. Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C11. É difícil para você conseguir atendimento médico do "nome do médico/enfermeira/local" quando pensa que é necessário?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
C12. Quando você tem que ir ao "nome do médico/enfermeira/local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	

					Identificação □□□□
D. ATENDIMENTO CONTINUADO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D2. Você acha que "nome do médico/enfermeira/local" entende o que você diz ou pergunta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D3. O "nome do médico/enfermeira/local" responde suas perguntas de maneira que você entenda?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D4. Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeira que melhor conhece você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D5. "nome do médico/enfermeira/local" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D7. "nome do médico/enfermeira/local" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D8. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quem mora com você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D9. "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais problemas são mais importantes para você?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
D10. "nome do médico/enfermeira/local" conhece a sua história médica completa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D11. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D12. "nome do médico/enfermeira/local" saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D13. "nome do médico/enfermeira/local" sabe a respeito de todos medicamentos que você está tomando?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D14. Você poderia mudar do "nome do médico/enfermeira/local" para outro, se quisesse?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
D15. Você mudaria do "nome do médico/enfermeira/local" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

					Identificação
E.COORDENAÇÃO					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E1. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebe os resultados dos seus exames de laboratório?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E2. Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no "nome do médico/enfermeira/local"?					
<input type="checkbox"/> Sim					
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta F1)					
<input type="checkbox"/> Não tem certeza/não lembra (Pule para a pergunta F1)					
E3. Quando foi a última vez que consultou um especialista ou serviço especializado?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> m m a a a a				
E4. Essa consulta se deveu a um problema persistente de saúde ou um problema que já dura mais de um ano?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
E5. Você já consultou com este especialista ou serviço especializado antes desta última consulta?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E6. O "nome do médico/enfermeira/local" sugeriu que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. O "nome do médico/enfermeira/local" discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. O "nome do médico/enfermeira/local" ou alguém que trabalha no/com "nome do médico/enfermeira/local" ajudou-o a marcar esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
					0012296415

					Identificação
(As perguntas a seguir estão relacionadas à resposta da questão E3)	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
E10. O "nome do médico/enfermeira/local" escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. O "nome do médico/enfermeira/local" sabe quais foram os resultados desta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Depois que você foi a este especialista ou ao serviço especializado, o "nome do médico/enfermeira/local" conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. O "nome do médico/enfermeira/local" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F.COORDENAÇÃO (SISTEMAS DE INFORMAÇÕES)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", você leva algum de seus registros médicos ou boletins de atendimento que recebeu no passado? (exemplificar se a pessoa não entender "registro": fichas de atendimento de emergências, notas de alta hospitalar, carteira de vacinação)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F2. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no "nome do médico/enfermeira/local" ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
F3. Quando você vai ao "nome do médico/enfermeira/local", seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3403296412					

					Identificação □□□□
G. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS DISPONÍVEIS)					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G1. Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G2. Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G3. Programa de suplementação de leite e alimentos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G4. Vacinas (imunizações)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G5. Exame dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G6. Tratamento dentário	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G7. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G8. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex.: álcool, cocaína, remédios para dormir)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas dos nervos)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G10. Sutura para um corte que necessite de pontos	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G11. Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
G12. 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"/>	0 <input type="checkbox"/>
G13. 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"/>	0 <input type="checkbox"/>
G14. Colocação de tala para tornozelo torcido	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Identificação					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
<p>A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você ou sua família ou as pessoas que utilizam este serviço podem necessitar em algum momento. Para cada um destes serviços, por favor, indique se no "nome do médico/enfermeira/local" está disponível: (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)</p>					
G15. Remoção de verrugas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G16. 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"/>
G17. 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"/>
G18. Cuidados pré-natais	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G19. Remoção de unha encravada	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G21. Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como curativos, troca de sondas, banho na cama	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
G22. O que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre a sua saúde. (ex: doação de órgãos caso alguém de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma)	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□	
H. INTEGRALIDADE (SERVIÇOS PRESTADOS)						
As próximas perguntas tratam de diferentes orientações/conselhos em saúde que podem ser recebidos às vezes. Por favor, indique a melhor opção.						
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
Em consultas ao "nome do médico/enfermeira/local", algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir esta frase a cada 3- 4 itens)						
H1.	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H2.	Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H3.	Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H4.	Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H5.	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H6.	Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H7.	Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H8.	Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H9.	Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H10.	Como prevenir queimaduras causadas por água quente	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H11.	Como prevenir quedas	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H12.	Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
H13.	Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

					Identificação □□□□	
I. ENFOQUE NA FAMÍLIA						
As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu "nome do médico/enfermeira/local" com a sua família. Por favor, indique a melhor opção.						
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
I1.	O "nome do médico/enfermeira/local" lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família.	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
I2.	O "nome do médico/enfermeira/local" já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão, etc)?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
I3.	O "nome do médico/enfermeira/local" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA						
Por favor, indique a melhor opção						
	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro	
J1.	Alguém no "nome do médico/enfermeira/local" faz visitas domiciliares?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
J2.	O "nome do médico/enfermeira/local" conhece os problemas de saúde importantes da sua vizinhança?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
J3.	O "nome do médico/enfermeira/local" ouve opiniões e idéias da comunidade sobre como melhorar os serviços de saúde?	4 □	3 □	2 □	1 □	9 □
					0993296413	

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA					Identificação □□□□
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "nome do médico/enfermeira/local" realiza alguma destas?					
J4. Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
J5. Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
J6. Convida você e sua família para participar do Conselho Gestor Local de Saúde ou Conselho de Usuários?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
K. COMPETÊNCIA CULTURAL					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
K1. Você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local" para um amigo ou parente?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
K2. Para alguém que usa medicina popular (ervas ou remédios caseiros) ou tem crenças especiais sobre a saúde (homeopatia, benzedeiças, religião) você recomendaria o "nome do médico/enfermeira/local"?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
M. AVALIAÇÃO DE SAÚDE					
Agora nós mediremos sua Pressão Arterial e faremos perguntas e medidas para avaliar a sua saúde e seu risco de adoecer? (Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las)					
M1. Perímetro braquial: <input type="text"/> <input type="text"/> cm					
M2. Pressão arterial (1ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg					
(Medir perimetro branquial (PB)! Utilizar manguito cbeso se PB ≥ 32cm)					
					2256296417

Identificação	
Questionário satisfação última consulta	
<p>Agora faremos perguntas relacionadas a esta última consulta realizada no "nome do médico/enfermeira/local" - o mesmo das perguntas anteriores. Para respondê-las use este cartão. Aponte para a "Carinha" que melhor expressa sua OPINIÃO sobre os seguintes itens.</p> <p>(Use o Cartão Resposta nº 3, utilizando a letra correspondente. Entre parênteses estão frases para facilitar o entendimento do entrevistado)</p>	
M16.	Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso a esta consulta (foi fácil marcar ou conseguir esta consulta)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M17.	Qual sua opinião sobre o tempo dispendido na sala de espera (o que você achou do tempo que teve de esperar para consultar)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M18.	Qual sua opinião sobre a cordialidade por parte da recepção (o pessoal da recepção foi cordial, educado, simpático)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M19.	Qual sua opinião sobre a cordialidade do profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira foi cordial, educado(a), simpático(a))?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M20.	Qual sua opinião sobre a atenção dada as suas queixas pelo profissional que lhe atendeu (o médico/enfermeira ouviu com atenção o motivo da consulta, suas queixas)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M21.	Qual sua opinião sobre o exame clínico (qual sua opinião sobre o jeito como o médico/enfermeira lhe examinou)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M22.	Qual sua opinião sobre a confiança despertada pelo médico/enfermeira (você confiou no médico/enfermeira)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M23.	Qual sua opinião sobre a confiança na receita (você confiou na receita dada pelo médico/enfermeira)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M24.	Qual sua opinião sobre as explicações do médico/enfermeira com respeito a sua doença (as explicações sobre o motivo da consulta, sobre seu problema, que o médico/enfermeira lhe deu na consulta)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M25.	Qual sua opinião sobre as explicações quanto ao prognóstico (explicações do médico/enfermeira sobre a duração, a evolução e as conseqüências do seu problema/doença)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M26.	Você ficou satisfeito com o agendamento (com a forma de marcação desta consulta)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
M27.	Qual sua avaliação geral desta consulta (opinião geral sobre a consulta como um todo)?
	" Carinha" <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
9910296411	

Identificação	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Agora vamos falar sobre orientações de saúde que você recebeu no "nome do médico/enfermeira/local" nos últimos 12 meses	
M51. Nos últimos 12 meses, você teve sua pressão arterial medida no "nome do médico/enfermeira/local" ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M52. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações para a prática de atividade física (exercícios)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M53. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre alimentação saudável, como comer pouca gordura, comer mais alimentos com fibras e comer alimentos com menor quantidade de sal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M54. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre higiene bucal (forma correta escovar os dentes, uso de fio dental) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M55. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses vacina contra gripe (contra influenza) ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
M56. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu alguma vez nos últimos 5 anos vacina contra pneumococo, um tipo de bactéria que provoca pneumonia?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro
Agora vamos falar sobre doenças que você possa ter	
DIABETES	
M57. Algum médico já lhe disse que você tem diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M75)
M58. Há quanto tempo você sabe ter diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> anos	
M59. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de consultas	
M60. Há quantas semanas foi sua última consulta com "nome do médico/enfermeira/local" devido ao diabetes? <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> Semanas	
M61. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
M62. Você faz dieta para tratar o diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M64) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M64)
8721296410	

Identificação									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
M63. Esta dieta foi orientada/prescrita no "nome do médico/enfermeira/local")? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei									
M64. Você precisa usar remédios ou insulina para tratar o diabetes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei									
M65. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez um exame chamado hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (explique se necessário: hemoglobina glicada é um exame que mede como estava a média do açúcar no sangue nos últimos meses)? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de vezes que fez HbG (marque 00 caso não tenha feito nenhuma vez)									
M66. Nos últimos 12 meses, em alguma consulta no "nome do médico/enfermeira/local" fizeram um exame nos seus pés para verificar feridas ou testar a sua sensibilidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei									
M67. No "nome do médico/enfermeira/local" você recebeu nos últimos 12 meses orientações sobre cuidados que deve ter com seus pés, exemplo olhar os pés regularmente, evitar cortar calos e/ou usar sapatos que não machuquem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro									
M68. Você realiza estes cuidados nos seus pés, por exemplo, você examina para ver se tem alguma ferida nos pés ou evita cortar calos ou procura usar sapatos que não machuquem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro									
M69. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de diabéticos no "nome do médico/enfermeira/local" ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro									
M70. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" a consultar com oftalmologista e nesta consulta com o oftalmologista suas pupilas foram dilatadas (colocaram colírio que lhe perturbou a visão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro									
M71. Nos últimos 12 meses, você foi encaminhado pelo "nome do médico/enfermeira/local" e conseguiu consultar com dentista para revisar a presença de doenças nos dentes ou na gengiva? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro									
M72. Algum médico já lhe disse se você teve ou tem alguma destas complicações decorrentes do seu diabetes?									
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="padding: 2px;">Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="padding: 2px;">Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 2px;">Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> </table>	Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Mal funcionamento dos rins <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Diminuição e/ou perda de visão, além daquela que vem com a idade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
Amputação de membros ou de parte de um membro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Coma diabético <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
	Hipoglicemia (açúcar baixo demais no sangue) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não								
M73. Durante sua vida, você teve alguma internação por diabetes? <input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M75)									
M74. Alguma destas internações por diabetes aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"? <input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não									
3139296418									

HIPERTENSÃO		Identificação												
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
M75. Algum médico já lhe disse que você tem pressão alta (hipertensão)?														
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim,mas apenas durante a gestação (para mulheres) (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M85)														
M76. Há quanto tempo você sabe ter pressão alta (hipertensão)? <input type="text"/> , <input type="text"/> anos														
M77. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? <input type="text"/> nº de consultas														
M78. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à pressão alta (hipertensão)? <input type="text"/> , <input type="text"/> Semanas														
M79. Esta consulta foi agendada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M80. Você precisa usar remédios para tratar a pressão alta (hipertensão)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M81. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de hipertensos no "nome do médico/enfermeira/local"? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei														
M82. Algum médico já lhe disse se você tem ou teve alguma destas complicações decorrentes da sua pressão alta (hipertensão)?														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Mal funcionamento dos rins</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td style="width: 50%;">Derrame cerebral</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Infarto agudo do miocárdio</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td>Crise Hipertensiva</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td>Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)</td> <td><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Mal funcionamento dos rins	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Infarto agudo do miocárdio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Crise Hipertensiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
Insuficiência cardíaca(coração fraco ou grande)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
M83. Durante sua vida, você teve alguma internação por pressão alta (hipertensão)?														
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> nº de internações por pressão alta (hipertensão) <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M85)														
M84. Alguma destas internações por pressão alta (hipertensão) aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?														
<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> nº de internações por hipertensão desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não														
		0924296417												

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO		Identificação
M85. Você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M92) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M92)	
M86. Quantas vezes você já teve infarto do miocárdio (infarto do coração)?	infartos	
M87. Que idade você tinha quando infartou pela 1ª vez?	anos	
M88. Você usa remédios atualmente para prevenir ou tratar um infarto do miocárdio (infarto do coração)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
M89. Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	
M90. Você já internou alguma vez devido a infarto do miocárdio (infarto do coração) desde que está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? nº de internações por infarto desde que está consultando neste serviço <input type="checkbox"/> Não	
M91. Antes do infarto agudo do miocárdio, algum médico já tinha lhe dito que você tinha angina (cardiopatia isquêmica ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)	
ANGINA - CARDIOPATIA ISQUÊMICA		
M92. Algum médico já lhe disse que você tem angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101) <input type="checkbox"/> Não sei (Pule para a pergunta M101)	
M93. Há quanto tempo você sabe ter angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	, anos	
M94. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você consultou no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	nº de consultas	
M95. Há quantas semanas foi sua última consulta no "nome do médico/enfermeira/local" devido à angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	, Semanas	
M96. Esta consulta foi agendada?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro	
		0519296417

		Identificação
M97.	Você precisa usar remédios para tratar a angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M98.	Nos últimos 12 meses, você já participou de algum grupo de pessoas com problemas no coração "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M99.	Durante sua vida, você teve alguma internação por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto")?	
	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por angina	
	<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta M101)	
M100.	Alguma destas internações por angina (cardiopatia isquemia ou "isquemia do coração" ou "ameaça de infarto") aconteceu desde que você está consultando no "nome do médico/enfermeira/local"?	
	<input type="checkbox"/> Sim, quantas vezes? <input type="text"/> <input type="text"/> nº de internações por diabetes desde que está consultando neste serviço	
	<input type="checkbox"/> Não	
Estas perguntas (M101-M107) são para os entrevistados identificados como DIABÉTICOS E/OU COMO HIPERTENSOS E/OU INFARTADOS E/OU COM ANGINA (infartados previamente ou portadores de cardiopatia isquêmica).		
Caso seu entrevistado não tenha declarado nenhuma dessas 4 condições, pule para a pergunta M108.		
M101.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua pressão arterial medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M102.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve seu peso medido?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M103.	Nesta última consulta que você realizou devido ao DIABETES e/ou PRESSÃO ALTA e/ou CARDIOPATIA/INFARTO, você teve sua cintura medida?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M104.	Nas consultas que você realizou no "nome do médico/enfermeira/local" você já teve sua altura medida alguma vez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M105.	Nos últimos 12 meses, foi solicitado no "nome do médico/enfermeira/local" e você fez um exame de urina para avaliar o funcionamento dos rins?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M106.	Nos últimos 12 meses, você já teve seu colesterol medido através de exames de sangue solicitados no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
M107.	Nos últimos 12 meses, você fez eletrocardiograma de repouso solicitado no "nome do médico/enfermeira/local"?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
		3397296414

Identificação
Agora vamos falar sobre a história de doenças na sua família
N1. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha diabetes?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N3)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N3)
N2. Se sim, qual familiar teve ou tem diabetes? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N3. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha pressão alta (hipertensão)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N5)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N5)
N4. Se sim, qual familiar teve ou tem pressão alta (hipertensão)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N5. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que tenha cardiopatia isquêmica (angina do coração)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta N7)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta N7)
N6. Se sim, qual familiar teve ou tem cardiopatia isquêmica (angina do coração)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
N7. Você tem algum familiar de 1º grau (mãe, pai ou irmão/irmã) que já tenha tido infarto do coração (infarto do miocárdio)?
<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta O1)
<input type="checkbox"/> Não sei/Não lembro (Pule para a pergunta O1)
N8. Se sim, qual familiar já teve infarto do coração (infarto do miocárdio)? (Leia as alternativas, ignore outros familiares à exceção dos listados)
<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/Irmã
6786296419

Identificação	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Agora vamos falar sobre internações hospitalares	
<p>O1. Durante os últimos 12 meses, você foi alguma vez internado no hospital por uma noite ou mais?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não (Pule para a pergunta P1)</p>	
<p>O2. Qual foi o motivo desta internação hospitalar? (solicitar para ver Nota de Alta)</p> <p>Motivo internação (relatado): <input type="text"/></p> <p>Motivo internação (Nota de Alta): <input type="text"/></p>	
Agora vamos fazer mais algumas medidas	
<p>(Preencha com 00 em todos campos das medidas caso haja recusa do entrevistado a realizá-las) (Não esqueça a medida do perímetro braquial (PB) realizada antes! Utilizar manguito maior se $PB \geq 32$cm.)</p>	
<p>P1. PA (2ª medida): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmHg</p> <p style="margin-left: 40px;">1ª medida 2ª medida</p>	
<p>3ª medida, caso medidas difiram em:</p> <p>(>1kg) Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>(>2 cm) Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p> <p>(>1 cm) Circ.abdominal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p> <p>(>1 cm) Quadril <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p>	
<p>P2. Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Peso <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>P3. Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Altura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p> <p>P4. Circ. abdominal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Circ.abdominal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p> <p>P5. Quadril <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Quadril <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm</p>	
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SOCIOECONÔMICAS	
Agora vamos falar sobre sua casa e sobre características de sua família.	
<p>Q1. Até que ano você completou na escola ou faculdade?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> número de anos completados com aprovação (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever. Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)</p>	
<p>Q2. Você é a pessoa que tem a maior renda individual deste domicílio?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim (Pule para a pergunta Q4)</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	
<p>Q3. Qual é a sua relação com a pessoa que tem a maior renda individual (chefe da família) neste domicílio? (Leia as opções)</p> <p><input type="checkbox"/> Cônjuge/companheiro(a) <input type="checkbox"/> Pai, mãe, sogro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Filho(a)/Enteado(a) <input type="checkbox"/> Irmão(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Neto(a) <input type="checkbox"/> Outra <input type="text"/></p>	
<p>Q4. E o chefe da família (identifique-o), a pessoa que tem a maior renda, até que série completou na escola/universidade (anos aprovados)?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> número de anos completados com aprovação (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever. Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário)</p>	
<p>Q5. Quantas pessoas moram na casa? <input type="text"/> <input type="text"/> Nº de pessoas</p>	
<p>Q6. Sua casa tem água encanada? (Leia as opções)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, dentro da casa <input type="checkbox"/> Sim, fora da casa <input type="checkbox"/> Não</p>	
8452296411	

Identificação

--	--	--	--

Q14. Escolha a alternativa que melhor descreve a sua atividade principal neste momento: (Leia as opções e marque apenas uma)

- Desempregado Há quanto tempo?(meses) (Pule para a pergunta Q18)
- Empregado, com carteira assinada
- Empregado, sem carteira assinada
- Fazendo biscates
- Dona de casa (Pule para a pergunta Q17)
- Estudante (Pule para a pergunta Q17)
- Aposentado (Pule para a pergunta Q17)
- Auxílio doença (encostado por doença) (Pule para a pergunta Q17)
- Pensionista (Pule para a pergunta Q17)
- Dono do próprio negócio
- Trabalhador autônomo
- Outro (Especificar):

Q15. Qual a sua ocupação atual (no que você está trabalhando)?

Q16. Quantas horas por dia você trabalhou em média no último mês? horas trabalhadas por dia

Q17. Existe alguém desempregado vivendo com vocês atualmente? (Dona de casa não é desempregada)

- Sim
- Não
- Não sei

Q18. Esta é uma das últimas perguntas. No último mês, EXCLUINDO VOCE, quanto ganharam as pessoas que moram neste domicílio? (considere como renda individual: salários, pensões, bolsa-família, etc - de todos que moram na casa)

Pessoa 1? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 5? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 2? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 6? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 3? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 7? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>
Pessoa 4? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	Pessoa 8? R\$ por mês	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>

Q19. No último mês, quanto você ganhou? R\$

Q20. A família tem outra fonte de renda não citada até agora? Quanto ganha com esta renda?

Sim Não Outra renda 1 R\$

(00 caso não tenha outra fonte de renda)

Muito obrigado, por haver disponibilizado seu tempo livre para responder este questionário.
Estas são suas medidas(entregue a carteirinha). TCHAU!
(Não esqueça de combinar a coleta de sangue para os pacientes identificados com diabetes!)

Horário do término da entrevista :

2084296416

Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº Questionário: _____

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Usuários

Esta pesquisa irá avaliar a qualidade da atenção à saúde do adulto na rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre. O título da pesquisa é “Avaliação da qualidade do processo de atenção e da sua efetividade sobre a saúde do adulto no Programa Saúde da Família e em modelos alternativos na rede de atenção primária do município de Porto Alegre”. Está sendo realizada por um grupo de pesquisa do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em associação com o Departamento de Saúde Coletiva da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA). Será avaliada a satisfação do usuário, a qualidade da atenção à saúde, a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares e a utilização dos serviços de saúde. Farão parte do estudo todos os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes do Programa Saúde da Família, Unidades Sanitárias, Centro de Saúde Escola Murialdo, Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Conceição e Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – Regional RS (CASSI-RS) que aceitarem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e a presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares. Além disso, seu peso, altura, cintura, quadril e pressão arterial serão medidos. Para os entrevistados identificados com diabetes, será solicitada a coleta de sangue por um coletador do Laboratório Weinmann, a fim de medir o valor da hemoglobina glicada, sem nenhum custo para o entrevistado. O resultado deste exame será comunicado ao entrevistado pessoalmente em seu domicílio por um dos coordenadores de campo desta pesquisa. Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder aos questionários e o pequeno desconforto da picada da agulha para coleta de sangue para os indivíduos com diabetes.

A entrevista e as mensurações serão feitas na sua casa. Caso alguma das medidas citadas acima esteja alterada, você será avaliado por um dos coordenadores de campo do estudo (médicos e enfermeiros) e, se necessário, encaminhado para o seu serviço de saúde para avaliação e acompanhamento. A coleta de sangue será realizada em horário marcado no posto de saúde responsável por sua área de moradia ou na sede do Laboratório Weinmann.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Eu,.....(paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Assinatura do Paciente

Nome

Data

Assinatura do Pesquisador

Nome

Data

Pesquisador responsável: Prof. Erno Harzheim, Faculdade de Medicina – UFRGS. Fone: 3308-5695.