

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA MULTINÍVEL DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL ENTRE EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARTICIPANTES OU NÃO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

MILENA RODRIGUES AGOSTINHO

Orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM

Este trabalho foi realizado com o apoio financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS

Porto Alegre, abril de 2017

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



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**AVALIAÇÃO COMPARATIVA MULTINÍVEL DA QUALIDADE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL ENTRE EQUIPES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARTICIPANTES OU NÃO DO
PROGRAMA MAIS MÉDICOS**

MILENA RODRIGUES AGOSTINHO

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

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

Este trabalho foi realizado com o apoio financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS

Porto Alegre, Brasil.
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Agostinho, Milena Rodrigues

Avaliação comparativa multinível da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre equipes da Estratégia Saúde da Família participantes ou não do Programa Mais Médicos / Milena Rodrigues Agostinho. - 2017.

127 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde . 2. Programa Mais Médicos. 3. PCATool-Brasil. 4. Qualidade da Assistência à Saúde. I. Harzheim, Erno, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Claunara Schilling Mendonça, Departamento de Medicina Social,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Thiago Gomes da Trindade, Departamento de Clínica Médica, Universidade
Federal do Rio Grande do Norte.

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

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ezio e Maria, e minha irmã, Érica, que sempre me ensinaram que caráter e esforço rendem bons frutos.

A cada pessoa que atendi, pois confiaram em minhas decisões para cuidar de suas vidas.

À Deus, minha fonte de vida.

“O Médico de Família e Comunidade se preocupa com a pessoa em seu contexto familiar, comunitário e cultural. Eles reconhecem que tem responsabilidades sobre sua comunidade.”

Wonca, 2011.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família por todo amor e suporte em todos esses anos de estudo. Obrigada pela paciência e compreensão com todas as minhas ausências.

Agradeço a família Menegon. Matos e Aline, minha família gaúcha, pelo apoio prático no dia a dia: internet, almoço, janta, ânimo.

Agradeço ao meu orientador Erno Harzheim com quem tenho aprendido nos últimos 10 anos de convívio que o nosso maior objetivo é sempre *Melhorar a Saúde das Pessoas*.

Agradeço a Organização Pan-Americana à Saúde pelo apoio financeiro para a realização desse trabalho.

Agradeço a equipe de pesquisadores da UFRGS que trabalharam na elaboração conceitual desse projeto: Prof Erno Harzheim, Prof Sotero Serrate Mengue, Rudi Roman, Lucas Wollmann e Lisiane Houser.

Agradeço a querida equipe do TelessaúdeRS-UFRGS que me concedeu tempo para fazer esse trabalho, assim como a meus chefes Ana Célia e Natan que permitem aplicar na prática os conhecimentos adquiridos.

Atila, meu grande amigo, obrigada por todas as liberações e apoio para conclusão desse trabalho. Elise, obrigada por encarar o apoio da equipe em momentos da ausência dos mestrandos. Carlos Aita, suas considerações foram fundamentais para a conclusão desse projeto obrigada por todo auxílio e revisão.

Rosely obrigada por toda revisão, foste incrível para colocar ordem em tantas referências. Agradeço a Cynthia Molina, amizade que o mestrado me presenteou para a vida.

Agradeço a cada Médico de Família que impactou minha vida com seu amor e dedicação as pessoas. Alguns heróis que conheci nesses 13 anos de estudo da medicina.

Agradeço a Deus, pelo sustento, força e coragem para concluir esse desafio.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
1. APRESENTAÇÃO	11
2. INTRODUÇÃO	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	15
3.1.1 COMPONENTES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DA APS.....	17
3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE PAÍSES COM APS FORTE	22
3.1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	30
3.1.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS (PCATool-Brasil).....	33
3.2 PAPÉIS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	34
3.3 ESTRATÉGIAS PARA PROVIMENTO DE MÉDICOS	37
3.3.1 Experiências internacionais para provimento de Médicos.....	39
3.3.2 Experiências brasileiras para provimento de Médicos.....	39
3.3.3 Programa Mais Médicos	42
4. OBJETIVOS	47
4.1 Objetivo Geral	47
4.2 Objetivos Específicos.....	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
6. ARTIGO	59
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
ANEXOS.....	89
a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa.....	89
b. Questionário Usuários.....	94
c. Questionário Médicos	119

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MM Brasil – Médicos brasileiros vinculados ao Programa Mais Médicos

MM Cuba – Médicos cubanos vinculados ao Programa Mais Médicos

Med ESF – Médicos brasileiros da ESF não vinculados ao Programa Mais Médicos.

MS – Ministério da Saúde do Brasil

OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PCATool-Brasil – Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde do Brasil

PMM – Programa Mais Médicos

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

Introdução: O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 2013 no Brasil com a finalidade de aumentar recursos humanos na área médica para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a equidade de distribuição desses profissionais. Mais de 18 mil vagas foram disponíveis, sendo que mais de 12 mil médicos provenientes de Cuba foram alocados para suprir as vagas faltantes, por meio de uma parceria entre MS e OPAS/OMS. **Método:** Foi realizado um estudo transversal de abrangência nacional em todas as regiões do país para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), medida com o instrumento PCATool-Brasil, a partir da experiência dos usuários que consultam com médicos cubanos e brasileiros vinculados ao Programa Mais Médicos e médicos brasileiros não vinculados ao programa. Na análise estatística a comparação do Escore entre os grupos foi realizada utilizando a Análise de Variância (ANOVA) com ajuste de Bonferroni para as múltiplas comparações. Na comparação da proporção de Alto Escore ($\geq 6,6$) entre os grupos de médicos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Foi considerado nível de significância de 5%. Análise multinível foi realizada para avaliar características dos usuários e dos profissionais que pudessem influenciar no Escore Geral da APS. Na análise multinível, para permanência no modelo foi considerado p-valor $< 0,05$. **Resultados:** A média do Escore Geral da APS do Brasil foi 6,78, e a média do Escore de Longitudinalidade foi 7,43. Ambos escores não apresentaram diferença entre os grupos de médicos. A média do Escore de Acesso do Brasil foi 4,24, havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p-valor $< 0,001$). O Escore de Acesso do grupo MM Cuba (4,43 e IC: 4,32-4,54) foi discretamente maior que o escore dos demais grupos de médicos MM Brasil (4,08 e IC: 3,98-4,18) e MedESF (4,20 e IC: 4,09-4,32). A proporção entre alto Escore de Acesso do Brasil e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi maior no grupo MM Cuba que nos demais grupos. Na análise multinível, variáveis que permaneceram no modelo dos usuários – idade, estrato socioeconômico, presença de doenças crônicas e o médico realizar visita domiciliar – e variável do médico – sexo e número de consultas por turno de trabalho – influenciam positivamente no Escore Geral. **Conclusão:** A estratégia nacional para alocação emergencial de médicos mostrou-se associada a maiores Escores de Acesso, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica e com escassez de médicos (região Nordeste, Nordeste e Centro-Oeste). Por outro lado, pode-se afirmar que o tipo de médico, cubano ou brasileiro, não influencia a qualidade da APS prestada na Estratégia Saúde da Família. O grau de orientação da APS (Escore Geral) do Brasil, e seu componente longitudinalidade, ultrapassaram levemente o ponto de corte para a categorização de um alto escore, mostrando que, além do provimento de médicos, existem outros componentes que necessitam de intervenção para promover o fortalecimento da APS no país. Com a análise multinível, podemos identificar que o fortalecimento da APS também pode ser alcançado ao reforçar os papéis fundamentais de um médico que trabalha na APS (como realizar visitas domiciliares em situações necessárias), bem como aprimorar o acesso das populações de maior vulnerabilidade socioeconômica, pessoas mais jovens ou que não possuam doença crônica estabelecida.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Programa Mais Médicos; PCATool-Brasil; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The More Doctors Program (PMM) was established in 2013 in Brazil with the purpose of increasing human resources in the medical field to work in the Unified Health System (SUS) and ensure the fairness of distribution of these professionals. Over 18,000 vacancies were open from which more than 12,000 doctors from Cuba were allocated to fill the vacancies that remained open, through a partnership between the Brazilian Ministry of Health and PAHO / WHO. **Methodology:** A national cross-sectional study was carried out in all regions of the country to evaluate the quality of primary care, measured with the PCATool-Brazil, based on the experience of users who consult either with Cuban and Brazilian doctors linked to the More Doctors Program or with Brazilian doctors in general that are not in the program. We interviewed adult users who had consulted at least 2 times with the doctor of the previously selected group and who had been allocated to the selected unit for at least one year. In the statistical analysis, the comparison of the scores between the groups was performed using the Analysis of Variance (ANOVA) with Bonferroni adjustment for the multiple comparisons. A significance level of 5% was considered. Multilevel analysis was performed to evaluate characteristics of users and professionals that could influence the PHC General Score. In the univariate analysis, the variables that assumed p-value <0.15 were maintained in the model, while for the multilevel model the value considered was p-value <0.05. **Results:** The mean of the Brazilian APS Overall Score was 6.78, and the mean Longitudinality Score was 7.43. Both scores did not differ between groups of physicians. The mean of the Brazilian Access Score was 4.24, with a statistically significant difference between groups (p-value <0.001). The MM Cuba group Access Score (4.43 and CI: 4.32-4.54) was slightly higher than the score of the other MM Brazil medical groups (4.08 and CI: 3.98-4.18) and MedESF (4.20 and IC: 4.09-4.32). In the multilevel analysis, the variables of the users - age, socioeconomic stratum, presence of chronic diseases and homecare visits - and variable of doctor - sex and number of appointments per shift - positively influence the General Score significantly. In the univariate analysis, no influence of the physician's specialization on the APS Score was observed. **Conclusion:** The national strategy for the emergency allocation of physicians was effective in increasing the Access Score, especially in regions of greater socioeconomic vulnerability and with a shortage of physicians (Northeast, Northeast and Central West), but the difference between groups of physicians Was discrete and the Access Score remains below satisfactory. The degree of orientation of the APS (General Score) of Brazil, and its longitudinal component, slightly exceeded the cut-off point for the categorization of a high score, showing that, in addition to providing doctors, there are other components that need intervention to promote Strengthening PHC in the country.

Keywords: Primary Health Care; Programa Mais Médicos; PCATool-Brasil; Quality of Health Care;

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Avaliação comparativa multinível da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre Equipes da Estratégia Saúde da Família participantes ou não do Programa Mais Médicos”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 25 de abril de 2017. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

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

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS) apresenta cobertura universal, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como eixo ordenador da rede de atenção (Ministério da Saúde, 2012; Mendes, 2012). A expansão e fortalecimento da APS no Brasil – por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) – tem evidenciado melhora em diversos desfechos de saúde, como: redução de mortalidade infantil e materna (Macinko et. al., 2006, 2015; Aquino et. al, 2009; Bezerra et. al., 2007; Paim et. al., 2011; Barufi et. al. 2012), melhor qualidade da atenção ao pré-natal e puericultura (Piccini et. al, 2007; Facchini et. al., 2006), redução de internações por condições sensíveis a APS (Alfradique et.al, 2009; Boing et.al, 2012) e redução de mortalidade por doenças suscetíveis a cuidados de saúde (Hone et.al, 2017).

Entre os desafios enfrentados pela APS no Brasil encontra-se a insuficiência de médicos com especialidade voltada para APS (Medicina de Família e Comunidade – MFC) e também a dificuldade de fixar médicos nas unidades de saúde, especialmente em localidades mais distantes das capitais ou com maior vulnerabilidade socioeconômica, o que limita grandemente o acesso dos usuários e o potencial dos serviços oferecidos na APS (Trindade et.al., 2016; Oliveira et. al., 2016; Scheffer et. al., 2015, 2011; Girardi, 2012).

A dificuldade no acesso pode ser observada pela baixa cobertura de consultas médicas do SUS (2,77 consultas médicas/habitante/ano), quando comparada ao número de consultas realizadas em países com APS forte (7,6 consultas/habitantes/ano na Espanha; 5,9 consultas/habitante/ano no Reino Unido e 7,7 consultas/habitante/ano no Canadá) (Ministério da Saúde, 2018; OCDE 2018).

Em parte, o problema do acesso é explicado pela menor densidade de médicos no Brasil (1,95 médicos/1.000 habitantes), quando comparado a países com APS forte (densidade por 1.000 habitantes - Espanha: 3,8; Reino Unido: 2,85 e Canada 2,53), e pela distribuição heterogênea desses profissionais conforme território (a densidade varia de 0,98 na região Norte

a 2,61 médicos/1.000 habitantes na região Sudeste) e local de atuação (há três vezes mais médicos na rede suplementar do que no SUS) (Scheffer, et. al 2015; WHO, 2017).

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído no Brasil, em 2013, pela Lei nº 12.871, com a finalidade de aumentar recursos humanos na área médica para atuar no SUS e garantir a equidade de distribuição desses profissionais. O programa apresenta três eixos principais de ação: melhoria da estrutura da rede de atenção primária, reforma do ensino médico e residências médicas reguladas de acordo com as prioridades do SUS e alocação emergencial de médicos em áreas prioritárias e de maior vulnerabilidade (Brasil, 2013; Ministério da Saúde, 2015). Com a crise econômica do país, associada a crise política que culminou com o impeachment em 2016, o eixo que está ativamente funcionando é o provimento emergencial de médicos.

O Projeto Mais Médicos para o Brasil, incluído no PMM, organiza a alocação emergencial de médicos para atuação na APS, além de promover para esses profissionais supervisão continuada, fornecida por supervisor médico, e curso de especialização com ênfase na APS, com apoio de tutor responsável pela orientação acadêmica (Ministério da Saúde, 2015).

No primeiro ano do programa, 1.834 médicos com cadastro no Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro aderiram ao programa e as demais vagas foram preenchidas a partir de programas de cooperação internacional. Foram alocados 12.332 médicos estrangeiros, sendo que 11.150 médicos eram provenientes de Cuba, recrutados por meio de uma parceria entre Ministério da Saúde (MS) do Brasil e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS) (Oliveira et.al, 2016). Ao final de 2016, existiam 15.205 médicos ativos no PMM, dentre os quais 4.561 brasileiros vinculados ao CFM, 1.790 intercambistas individuais e 8.854 cooperados cubanos (Ministério da Saúde, 2018).

A fixação (ou retenção) de médicos é importante para promover os cuidados de saúde, contudo não é o único componente que influencia na qualidade da atenção primária (Kringos et. al, 2010). As evidências científicas apontam que países com atenção primária com forte

orientação para seus atributos definidores são os que apresentam populações mais saudáveis, com menor inequidade e menores custos em saúde (Starfield et. al 1994, 2005, 2009; Macinko et. al 2003, 2009; Kringos et. al. 2010, 2015; WHO, 2008). É necessário, portanto, que os serviços desempenhem de maneira plena os atributos essenciais definidores da APS: acesso de primeiro contato na rede de atenção, cuidado integral abrangendo problemas de saúde mais frequentes na comunidade, o atendimento continuado garantindo a longitudinalidade do cuidado e a coordenação para outros níveis de atenção, quando se fizer necessário. Além disso, os atributos derivados complementam a qualidade dos serviços prestados ao orientar o cuidado centrado na pessoa, percebendo o indivíduo a partir de suas relações familiares, comunitárias e culturais (Starfield, 2002).

Atualmente, não existe um estudo de abrangência nacional que avalie o grau de orientação para a APS prestado pelas Equipes de Saúde da Família do Brasil. Contudo, estudos realizados em alguns municípios, utilizando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), identificaram um perfil heterogêneo da qualidade da APS e um grau de orientação baixo para a maioria dos atributos (D'Avila et.al, 2017; Harzheim et.al 2016; Oliveira et.al, 2007; Chomatas et. al., 2013).

Diante da importante modificação de estratégias de provimento de médicos no país, e consequentemente redução da escassez principalmente em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, este trabalho avaliou o impacto do Programa Mais Médicos sobre a qualidade da APS brasileira, a partir da perspectiva dos usuários, medido com o Instrumento PCATool-Brasil. Além disso, buscou-se estudar características da população e do médicos que influenciam no grau de orientação para a APS (Escore Geral da APS).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Existe um acúmulo de evidências científicas mostrando que países com uma APS mais forte apresentam populações mais saudáveis, com menor inequidade e menores custos em saúde (Starfield et. al 1994, 2005, 2009; Macinko et. al 2003, 2009; Kringos et. al. 2010, 2015; WHO, 2008; Figueras, et. al, 2006; Netherlands Institute for Health Services Research, 2016).

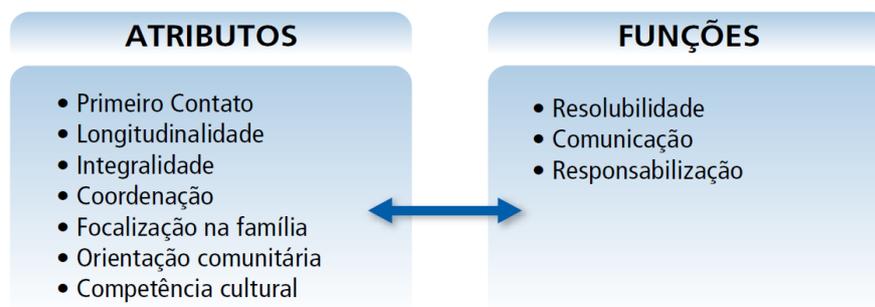
A Atenção Primária à Saúde (APS) será compreendida nessa análise como uma estratégia de organização de um sistema de saúde, que busca, de forma singular, organizar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades e demandas da população (Mendes, 2012). Essa interpretação vai ao encontro de uma visão reformada da APS, que a identifica não somente como uma prestadora de serviços básicos, mas assumindo o banco do motorista para dirigir um sistema de saúde (Figueras, et. al, 2006; OPAS, 2007)

A Organização Pan-Americana da Saúde sugere que os países da América Latina busquem fortalecer seus sistemas de saúde, com base nessa visão reformada e ampliada da APS, por algumas razões: novos desafios epidemiológicos relacionados ao envelhecimento e doenças crônicas, ampliar a ação integral ao corrigir o enfoque em uma atenção primária seletiva limitada, papel da APS para diminuir desigualdades em saúde e fortalecimento da participação popular (OPAS, 2007).

A qualidade da APS está vinculada a processos relacionados ao sistema de saúde – como cobertura universal da assistência com financiamento público, equidade das distribuição dos serviços e densidade de médicos com especialidade em atenção primária – e às características essenciais – atributos – que norteiam as ações dos serviços: acesso de primeiro contato na rede de atenção, cuidado integral abrangendo problemas de saúde comuns à comunidade, o atendimento continuado, garantindo a longitudinalidade do cuidado, e a coordenação para

outros níveis de atenção quando se fizer necessário (Starfield, 2002; Kringos et. al, 2010, 2015). Além disso, os atributos derivados complementam a qualidade dos serviços prestados ao orientar o cuidado centrado na pessoa (não meramente baseado em doenças), percebendo o indivíduo a partir de suas relações familiares, comunitárias e culturais (Starfield, 2002).

Mendes (2012) refere que além dos atributos definidores da APS, existem três funções elementares que a APS deve cumprir para ser efetiva: resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade pressupõe que grande parte dos problemas de saúde da população sejam resolvidos na APS. Para tanto, são necessários recursos humanos e tecnológicos para realizar um cuidado integral. A função de comunicação é expressa pelo papel coordenador da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que ordena os fluxos e contrafluxos e pessoas, produtos e informações na rede. A responsabilização se relaciona com o conhecimento e ações em um território sanitário específico para suprir as necessidades daquela população (Mendes, 2012).



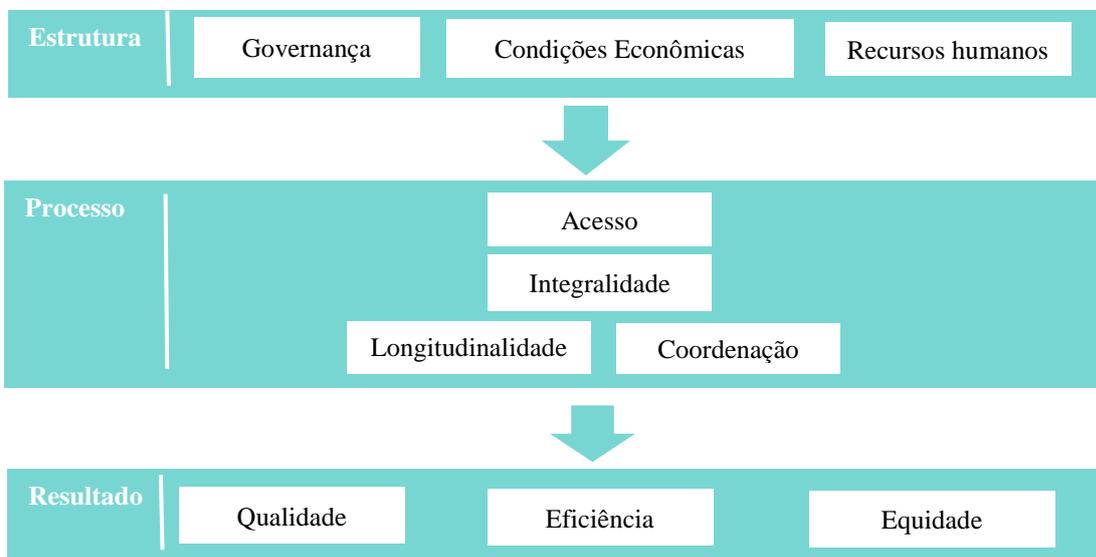
Fonte: Mendes 2012

Na sequência, serão apresentados alguns componentes que influenciam na qualidade da APS, bem como experiências internacionais dos sistemas de saúde com alta qualidade de APS e um panorama da APS no Brasil.

3.1.1 COMPONENTES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DA APS

Em concordância com o marco teórico conceitual proposto por Starfield, revisão sistemática realizada por Kringos et. al. (2010) permite compreender a relação hierárquica entre dez dimensões que constituem a APS, classificando-as em estrutura, processo e resultado. A estrutura é composta por três dimensões (governança, condições econômicas e desenvolvimento do recurso humano), o processo é composto por quatro dimensões (acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade) e o resultado é composto por três dimensões (cuidado qualificado, eficiência e equidade em saúde). Esse trabalho foi utilizado como base para avaliar a força da APS nos países da União Europeia e, assim, identificar dimensões que deveriam ser melhoradas para fortalecer a atenção primária (Kringos et. al., 2015).

Figura 1. Representação das dimensões que compõe a APS



Fonte: Adaptado de Kringos et. al (2015)

Estrutura e Organização: governança, economia e recurso humano.

A **governança** envolve características complexas de política de saúde, entre elas, a maneira como a APS é priorizada. De maneira geral, sistemas que utilizam a atenção primária como reguladora para outros níveis de atenção (“gatekeeping”) apresentam políticas mais

estruturadas a favor da APS, assim como países que apresentam sistema universal de saúde público (Starfield, 2009; WHO, 2000, 2008; OPAS, 2007; Kringos et. al 2015). Outro aspecto importante é a “responsividade” do sistema de saúde, voltado para o interesse das pessoas, caracterizado pela participação social na tomada de decisões (OPAS, 2007; WHO, 2008).

Estudos de Starfield, et. al (2005) evidenciaram que governos que apoiam a APS apresentam uma alta relação com melhores processos (acesso, cuidado continuado e coordenado), melhor equidade em saúde e maior oferta de serviços prestados na APS, especialmente relacionados à prevenção.

As condições **econômicas** são relacionadas ao método de financiamento para a maior parte da população, gastos em saúde geral e com a APS, características empregatícias dos profissionais da saúde e de sua remuneração (Kringos et.al, 2010). Existe evidência que esses fatores se associam a melhores condições de acesso, continuidade, integralidade e qualidade do cuidado, eficiência, saúde da população e qualidade de vida dos profissionais (Kringos et. al 2010).

O **desenvolvimento dos recursos humanos** na saúde é o terceiro componente que envolve a estrutura da APS e se refere ao perfil do profissional e sua posição no sistema de saúde (Kringos et. al, 2010). Em diversos países, o principal responsável pelos serviços prestados pela APS é o médico especialista em atenção primária. No Brasil, a especialidade é conhecida como Medicina de Família e Comunidade (MFC) e em alguns países europeus como Generalista (“General Practice” ou GP) (WONCA, 2011). Os médicos desenvolvem ações com profissionais de outras áreas, também fundamentais para aumentar os serviços disponíveis na atenção primária, como: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores físicos e agentes comunitários de saúde (WONCA, 2011, Ministério as Saúde, 2012). Estudos mostram que existe melhores resultados em desfechos de saúde e menos custos quando há maior

densidade de MFCs por população do que maior densidade de outros especialistas (Starfield, 2002 e 2005, Macinko, et. al., 2007; Kringos, et.al, 2015).

Para um desenvolvimento de recursos humanos adequados é necessário garantir a oferta e qualidade desses profissionais e criar estratégias para atração e retenção dos mesmos (Kringos, et. al, 2015; OECD, 2015, 2016).

Processo – Atributos definidores dos serviços de APS

Os quatro atributos essenciais que caracterizam a APS e estão fortemente relacionados a melhor qualidade dos serviços são: **acesso**, atendimento continuado (**longitudinalidade**), **coordenação do cuidado** e **integralidade** de serviços prestados (Starfield, 2002; Kringos et.al., 2010). A qualidade dos serviços ainda é melhor quando os atributos derivados (**orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural**) são somados ao cuidado integral (Starfield, 2002).

O **atributo acesso**, estabelece a APS como o local de primeiro contato para cuidados em saúde. Esse atributo envolve características de utilização do serviço (primeiro local que a pessoa busca quando deseja cuidados sobre sua saúde ou quando precisa de um atendimento com especialista focal) e de acessibilidade (como localidade geográfica próxima à residência, disponibilidade de atendimento fora do horário comercial ou em visita domiciliar, entre outros) (Starfield, 2002). A influência do acesso na qualidade do serviço prestado (como menos hospitalizações por condições sensíveis, qualidade na prescrição) foi evidenciada por 4 revisões (Starfield, 2005; Ansari, 2007; Leibowitz, 2003; Wilson, 2003). Além disso, acesso adequado está influenciado em redução de desigualdades socioeconômicas e raciais (Starfield, 2005; Chapman, 2004).

Acesso em tempo adequado é uma das grandes marcas de um sistema de saúde com APS forte e pode ser obtido por diversas formas organizacionais além dos atendimentos presenciais como: disponibilidade de telefone, email, websites e atendimentos especiais para

grupo de pessoas com condições semelhantes (como hipertensos e gestantes) (Kringos, et. al., 2015). Estudo holandês evidencia que a eficiência da APS pode ser otimizada ao diminuir o número de visitas domiciliares e aumentar o número de contatos telefônicos com os pacientes (Schellevis et. al., 2005).

As evidências apontam, portanto, que a qualidade do acesso influencia na redução de internações hospitalares por condições sensíveis a ação da APS, redução de desigualdades socioeconômicas e raciais em saúde, além de melhores desfechos gerais de saúde (Kringos et. al, 2010, 2015).

A **longitudinalidade** é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários do serviço, que serve como referência para a pessoa, independente da presença de problemas específicos de saúde (Starfield, 2002). O vínculo pode ser estabelecido com um profissional de saúde, como o MFC, ou com uma unidade de saúde (Starfield, 2002; Kringos et. al, 2015). Essa relação permite que tanto os profissionais conheçam as pessoas, como as pessoas conheçam os profissionais. Segundo Starfield, as evidências são fortes sobre os benefícios em se manter um vínculo com um prestador específico, em vez de um vínculo com um lugar (Starfield et.al, 2005). Outra maneira de contribuir com o cuidado continuado é mantendo registro sistemático dos atendimentos (Kringos et. al., 2015).

Estudos, sistematizado por Kringos (2010), mostram associação positiva entre a longitudinalidade e melhora na coordenação do cuidado (Cabana, 2004), em prestação de serviços preventivos (Starfield, 2005; Cabana, 2004; Jee, 2006; Worrall, 2006), diminuição de hospitalizações e diagnósticos mais precoces (Starfield, 2005; Cabana, 2004; Jee, 2006; Van Servellen, 2006; Worrall, 2006), aumento da eficiência dos serviços e custo-efetividade (Starfield, 2005; Sans-Corralles, 2006; Worrall, 2006) e da satisfação dos usuários (Starfield, 2005; Cabana, 2004).

A **coordenação** reflete a função da APS em coordenar o acesso a outros níveis de atenção, além de integrar todo o cuidado que o usuário recebe de diferentes serviços (Starfield, 2002). Para tanto, é necessário garantir uma comunicação adequada entre os serviços, como por formulários de referência ou por um sistema eletrônico integrado (Kringos et.al, 2015). A ação de regulação do acesso (“gateeking”) afeta diretamente os componentes de acesso e longitudinalidade e está associada à melhor qualidade do cuidado, aumento da eficiência dos serviços e menores custos, além de aumentar a satisfação dos profissionais e dos usuários (Kringos et. al. 2010 e 2015).

A **integralidade** compreende a abrangência de serviços disponíveis na APS para satisfazer a necessidade das pessoas. Para isso é necessário que existam materiais adequados para permitir diagnóstico, tratamento e acompanhamento das condições mais comuns para aquela comunidade (Starfield, 2002). As evidências apontam que esse atributo influencia na diminuição de internação por condições sensíveis a APS, na custo-efetividade das medidas preventivas, na diminuição da gravidade das doenças ao serem detectadas precocemente e na melhoria geral em saúde ao fornecer serviços abrangentes (Kringos et. al., 2010).

Os atributos derivados se relacionam especialmente com a forma abrangente de prestar o cuidado. **Orientação familiar** ocorre quando a pessoa é compreendida dentro de seu ambiente familiar e seus problemas de saúde, assim como situações de vulnerabilidade socioeconômica. **Competência cultural** envolve o reconhecimento de necessidades especiais relacionadas a características étnicas, raciais, religiosas, entre outras. **Orientação comunitária** visa compreender a pessoa em seu contexto social, buscando conhecer as necessidades em saúde da comunidade, conhecer as redes sociais e sistemas de apoio, além de conhecer a satisfação da comunidade com os serviços prestados (Starfield, 2002).

Resultados: qualidade, eficiência e equidade.

Embora aspectos de qualidade, eficiência e equidade devam abranger outros níveis de atenção, existem particularidades específicas relacionadas ao serviço de APS.

A **qualidade** remete à prestação de serviços adequados, conforme padronizações estabelecidas para determinada condição, e o quanto essa avaliação é otimizada no serviço de atenção primária. Essa dimensão abrange a adequação para diagnóstico e manejo de doenças e também a prevenção de doenças futuras e promoção de saúde (Starfield, 2002; Kringos et.al., 2010; Mendes, 2012).

Eficiência da atenção primária é a capacidade de assumir melhor rendimento de suas ações, maior resolutividade dos problemas, podendo ser avaliada pela eficiência técnica adequada, quantidade de consultas oferecidas, número de encaminhamento para especialistas, entre outras formas (Kringos et.al., 2010; Mendes, 2012).

Equidade em saúde é definida pela ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente reversíveis relacionadas à saúde de uma população. Busca trazer justiça social, especialmente para os grupos menos favorecidos. Alguns países assumem políticas de saúde para distribuir os profissionais de maneira mais equitativa geograficamente ou conforme vulnerabilidade da população. (Starfield, 2007; Starfield et.al. 2007; Viscomi et. al., 2013; Lozano et.al., 2015).

Existem portanto diversos componentes que interferem na qualidade da APS prestada, relacionados com a estrutura e características clínicas dos processos, que devem ser levadas em consideração para melhorar um sistema de saúde com base na APS.

3.1.2 CARACTERÍSTICAS DE PAÍSES COM APS FORTE

Ao avaliar políticas de saúde entre os países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), Starfield et. al (2002) referem que países como Dinamarca, Finlândia, Holanda, Espanha e Reino Unido apresentam um alto grau de orientação

para a atenção primária e países como Austrália, Canadá, Japão e Suécia apresentam um grau de orientação intermediária.

A partir de um escore que avalia a estrutura do sistema de saúde e os atributos essenciais da APS, Kringos et. al (2015) classificam os seguintes países europeus com alto grau de orientação para APS: Portugal, Espanha, Bélgica, Reino Unido, Dinamarca, Holanda, Eslovênia, Lituânia, Estônia e Finlândia. Nesse estudo, Dinamarca, Espanha e Reino Unido apresentavam alto grau de orientação para APS para todos os atributos essenciais.

Melhorar a qualidade da APS requer ações em diversas áreas como: promover cuidados de APS fora do horário comum de atendimento, desenvolver modelos de cuidado baseado em ações multidisciplinares, aumentar força de trabalho da APS, vincular pagamento a melhores qualidades de cuidado e investimento em infraestrutura (OECD, 2015).

Para compreensão de componentes que influenciam na qualidade da APS, são descritas, abaixo, características dos Sistemas de Saúde de alguns desses países considerados com APS forte.

Reino Unido

O Sistema de Saúde Nacional (NHS) é semelhante entre os países que participam do Reino Unido – Inglaterra, Escócia, Países de Gales e Irlanda do Norte. Apresenta cobertura universal para todos os residentes permanentes no país e para não residentes com um Cartão de Seguro de Saúde Europeu. Imigrantes ilegais e pessoas que não fazem parte da comunidade europeia recebem atendimento gratuito para condições emergenciais e tratamento para algumas infecções. Cerca de 9,1 % do Produto Interno Bruto é gasto com o sistema de saúde (Cylus et. al., 2015; Boyle, 2011; Mossialos et.al., 2015).

A APS no Reino Unido tem três papéis primordiais: primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, acompanhamento longitudinal para condições de saúde mais comuns e ação de regulação do acesso para os demais níveis de atenção. (Cylus et. al., 2015)

O MFC é o ponto de primeiro contato com o sistema de saúde. As pessoas se cadastram com um MFC de sua escolha, que recentemente não precisa mais estar restrito a território próximo de sua residência, porém sua aceitação dependerá da quantidade de pessoas cadastradas na sua clínica. Atualmente, as clínicas funcionam das 08:00 horas às 18:30 horas e fornecem atendimento fora do expediente por contrato com outros médicos de família cooperados, e portanto, o MFC não é responsável pelo atendimento de seus pacientes fora do horário do expediente. (Cylus et. al., 2015; NHS, 2015).

Na Inglaterra e na Escócia, existe um canal telefônico 111 disponível 24 horas que serve para a população obter informações e conselhos de saúde e para acessar os serviços que prestam atendimento em horário de expediente alternativo. (Cylus et. al., 2015).

Existem cerca de 36.920 MFCs no Reino Unido, sendo que cada um é responsável por cerca de 1.530 pessoas. Contudo, esse número não tem sido suficiente para suprir a demanda populacional. Estudos demonstram que o número de MFCs tem reduzido nos últimos anos e aumentado a desigualdade de distribuição desses profissionais no território. (Cylus et. al., 2015; Mossialos et. al., 2015; NHS, 2014, 2015, 2016)

Dinamarca

O sistema de saúde da Dinamarca atua segundo os seguintes princípios: acesso universal aos cuidados de saúde para todos os dinamarqueses, alta qualidade do cuidado, acesso facilitado e com equidade, integração entre os serviços, escolha pelo usuário, transparência, acesso a informação e lista de espera curta para cuidados de saúde. Em 2013, 10,4% do Produto Interno Bruto foi gasto com o sistema de saúde (Olejaz et. al, 2012; Mossialos et. al., 2015).

As pessoas podem escolher entre dois modelos de cobertura para o plano de saúde público. No Grupo 1, utilizado por 98% da população, as pessoas se registram com um MFC de sua escolha que se localiza próximo à sua residência, podendo trocar de profissional mediante contato com autoridades locais. O MFC atua como regulador para consulta com outros

especialistas ambulatoriais, hospitalar ou consulta com fisioterapeuta, porém as pessoas não precisam ser referenciadas pelo MFC para atendimentos de emergência, odontologia, quiropraxia e consultas com otorrinolaringologista ou oftalmologista. O MFC deve sugerir os serviços especializados, porém o paciente pode escolher onde deseja consultar. Se a consulta levar mais de um mês pode ser requerido atendimento em hospitais particulares para a condição. No grupo 2, as pessoas podem escolher qualquer MFC e especialista que desejam consultar, porém é necessário realizar pagamento compartilhado por essas consultas. (Olejaz et. al, 2015).

O MFC recebe por capitação e por serviço prestado. Existe um incentivo nacional para que o MFC migre de consultórios individuais para ambulatórios multiprofissionais compostos por 2 a 5 médicos e 2 a 3 enfermeiros. Essas equipes têm permitido que o atendimento em APS seja realizado durante 24 horas por dia, havendo também incentivo financeiro para que o MFC atenda as pessoas fora do horário de trabalho, por telefone e para realizar visitas domiciliares. (Olejaz et. al, 2015)

O atendimento fora do horário de trabalho é diferente entre as regiões. Na maioria dos locais, existe um telefone público atendido por um MFC ou enfermeiro que realiza triagem para decidir se a pessoa necessita um atendimento domiciliar ou se necessita ser encaminhada para uma clínica de APS ou emergência. Informações desse atendimento são rotineiramente enviadas via eletrônica ao MFC. (Olejaz et. al, 2015)

Todo MFC trabalha com registros eletrônicos que permitem identificar listas de medicamentos, registros de acompanhamento das consultas, visualização de exames de imagem diagnóstica e exames laboratoriais, bem como enviar lembretes aos pacientes. O sistema eletrônico é integrado com os especialistas, laboratórios, serviços farmacêuticos e hospitalares. Os encaminhamentos aos especialistas são realizados por meio eletrônico (Olejaz et. al, 2012; Mossialos et. al., 2015).

Existe cerca de 3.600 MFCs em todo o país distribuídos de maneira homogênea, correspondendo a um MFC por 1.525 habitantes. O reconhecimento do MFC como especialista médico tem corroborado com recrutamento de novos médicos para a atenção primária, bem como incentivo em atividades científicas e vantagens salariais quando comparado com médicos que trabalham em ambiente hospitalar. Os especialistas estão distribuídos de maneira heterogênea, concentrando-se nas capitais e maiores centros urbanos. (Olejaz, et; al, 2012; Pedersen et. al, 2012; Mossialos et. al., 2015).

Espanha

A Espanha apresenta um Sistema de Saúde Universal para todos os residentes do país, inclusive imigrantes ilegais, e cerca de 8,5% do Produto Interno Bruto é gasto com o sistema de saúde (García-Anesto et al., 2010; Borkan et.al., 2010).

A APS funciona como porta de entrada no sistema de saúde e apresenta estrutura profissional e tecnológica para atender os problemas mais comuns de saúde nesse nível de atenção. Há dois tipos de estrutura de serviços que prestam atenção primária: Centros de saúde e o Consultórios Médicos Locais. (García-Anesto et al., 2010).

Foi estabelecido como meta que os Centros de Saúde estivessem no máximo a 15 minutos de distância da residência das pessoas e fosse composto por Equipes de Atenção Primária multidisciplinares que possuem MFC, pediatra, enfermeiros, assistentes sociais e, em alguns casos, fisioterapeuta e odontólogo. Alguns Centros de Saúde possuem mais de um Time de Atenção Primária para cobrir o atendimento de toda população que pode acessar o local entre 08:00 horas às 21:00 horas de segunda a sexta-feira. Além disso, a equipe pode realizar atendimento emergencial e visitas domiciliares após o expediente e durante os finais de semana. (García-Anesto et al., 2010).

É exigido que as pessoas se vinculem com um MFC que trabalhe em uma Equipe de Atenção Primária de sua região. Esse profissional será referência para seu cuidado de saúde e encaminhará para outros níveis de atenção quando for necessário. Em 2007, 97% das consultas eram registradas em prontuário eletrônico com sistema integrado dentro de uma região. O MFC recebe informações de contrarreferência sobre o atendimento quando o paciente é avaliado por outro especialista ou quando necessita internação hospitalar. (García-Anesto et al., 2010; Borkan et.al.,2010)

Existem cerca de 27 mil MFCs no país, sendo que cada um é responsável por cerca de 1.410 pessoas e cada pediatra por 1.029 pessoas. Os MFC recebem um salário fixo acrescido de um componente de capitação (cerca de 15% do total) que varia de acordo com as características da população pela qual ele é responsável. (García-Anesto et al., 2010; Borkan et.al.,2010)

Austrália

A Austrália possui um plano de saúde universal público – conhecido como Medicare -- responsável por fornecer acesso gratuito ou subsidiado a todos os cidadãos australianos, residentes no país com visto permanente ou cidadãos da Nova Zelândia. Existem planos de saúde particulares com mais opções de prestadores que o sistema público, havendo incentivo do governo para que a população se associe a esses planos e multando pessoas com renda elevada que não os tenham. Os atendimentos realizados pelo plano particular são reembolsáveis conforme as taxas do Medicare. Cerca de 9,8% do Produto Interno Bruto nacional é gasto para financiar o sistema de saúde. Em 2013, foram gastos 55 bilhões de dólares com a APS, 38% do total de gastos em saúde, equiparando-se aos 40% gastos em serviços hospitalares. (Australian Institute of Health and Welfare, 2014 e 2016; Healy, 2006; Mossialos et. al., 2015)

A APS é o ambiente de primeiro contato para a maioria das condições de saúde, exceto situações de emergência e urgência. Os serviços que prestam atenção primária são realizados

em: clínicas do MFC, centros de saúde comunitários (equipe de serviços multidisciplinares), atendimentos de profissionais complementares, além de ferramentas de telessaúde e teleconsulta. (Australian Institute of Health and Welfare, 2016)

As pessoas podem escolher seu MFC, não sendo necessário registro ou vínculo territorial com o mesmo. O MFC é um profissional autônomo e atua como regulador para acesso ao atendimento especializado reembolsável. Ele é pago por serviço prestado, porém reformas no pagamento, denominada Programa de Incentivo de Prática, estão em andamento e fornecem incentivo financeiro para desenvolver planos de cuidado para algumas condições como asma, diabetes e problemas de saúde mental. (Australian Institute of Health and Welfare, 2016)

Em 2015 foi implementada uma reforma na APS com a criação das Redes de Atenção Primária que têm o objetivo de aumentar a eficiência, efetividade e coordenação do cuidado. As principais prioridades das redes são: manejo de doenças crônicas e de doenças complexas, melhor reconhecimento e tratamento de problemas de saúde mental e melhor integração entre APS e serviços hospitalares.

O MFC deve garantir que o cuidado fora do horário de trabalho seja fornecido aos seus pacientes, explicando locais de acesso para atendimento e permitir contato com ele em casos de emergência. Atendimentos fora do horário convencional são oferecidos em clínicas de atenção primária e emergências hospitalares.

A densidade de médicos na Austrália era de 3,87 médicos/1.000 habitantes em 2014, com variação de 2,64/1.000 habitantes em áreas remotas à 4,37/1000 habitantes em cidades maiores. No ano de 2013, o país tinha 25.702 Médicos de Família e Comunidade e 27.279 especialistas focais. Desigualdade de profissionais entre áreas urbanas, rurais e grupos socioeconômico é um desafio para o sistema de saúde. (Australian Institute of Health and Welfare, 2014,2016; Britt, et. al., 2014; Mossialos et. al., 2015)

Canadá

O sistema de saúde do Canadá é baseado em cinco princípios: administração pública, atendimento integral, cobertura universal para todos os residentes permanentes, acessibilidade e transferência garantida entre as províncias do país. Territórios e províncias organizam seus planos de saúde locais (Medicare) para prestar os serviços conforme esses princípios e todos os residentes permanentes do Canadá estão incluídos no sistema de saúde público e não necessitam pagar coparticipação com gastos. Cerca de 8% do Produto Interno Bruto é gasto com o sistema de saúde público. (Marchildon, 2013; Mossialos et. al., 2015)

APS é principal porta de entrada e, na maioria das províncias, o MFC atua como *gatekeeper* para exames diagnósticos, prescrição de medicamentos ou encaminhamentos a serviços especializados. Para favorecer essa ação, algumas províncias pagam taxas menores para especialistas que atendem pessoas não referenciadas pelo MFC. As pessoas podem escolher seu MFC, porém não existe uma lista ou forma de inscrição na maioria das províncias e territórios. Embora as pessoas tenham livre escolha para consultar um MFC, a maioria opta por manter um relacionamento ao longo do tempo com o mesmo profissional. Em algumas localidades onde o pagamento é por capitação, o registro com o MFC é necessário. (Marchildon, 2013)

A maioria dos médicos é composta por profissionais autônomos que costumam trabalhar em clínicas privadas e recebem por serviço prestado. Alguns territórios pagam os médicos por produção para encorajar condutas baseadas em diretrizes pré-estabelecidas para cuidados de doenças crônicas, ações preventivas, plano de ação para cuidado de pacientes com condições complexas ou maior vulnerabilidade. Grande incentivo tem sido realizado para que os médicos atuem em equipes multiprofissionais e promovam atendimento integral. Algumas províncias possuem diversos modelos de prática de APS. Incluem serviços de saúde comunitários (destinados à populações com status socioeconômico inferior), as Redes de Saúde da Família e

Organizações de Saúde da Família com médicos financiados por um modelo de pagamento misto e as Equipes de Saúde da Família que são compostas por equipes multiprofissionais. (Marchildon, 2013)

Os principais esforços para melhorar a qualidade da APS são voltados para aumento da acessibilidade com base em atendimento fora do horário convencional fornecido durante 24 horas, em sete dias da semana, conhecido como acesso 24/7. Esses atendimentos são realizados por clínicas com atendimento por livre demanda e emergência hospitalares. O MFC não necessita tradicionalmente fornecer o cuidado fora do horário de trabalho, embora alguns incentivos financeiros sejam oferecidos para encorajar a adesão ao acesso 24/7; essas ações ainda são bastante heterogêneas entre as províncias. Além disso, existe um serviço telefônico gratuito (Telessaúde), disponível 24 horas por dia, para aconselhamentos de saúde oferecidos por enfermeiros. (Marchildon, 2013; Mossialos et. al., 2015)

A densidade de médicos no Canadá é de 2,24/ 1000 habitantes, sendo que a metade desses profissionais são médicos de família (1.14/1000) e a outra metade é composta por outros especialistas (1.10/1000), porém a distribuição de médicos no país é heterogênea devido à questões geográficas e políticas de saúde distintas entre os territórios. (Marchildon, 2013)

3.1.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE NO BRASIL

O sistema de saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde – SUS) apresenta cobertura universal, tendo a APS como porta de entrada e como ordenadora da rede de atenção (Ministério da Saúde, 2012; Mendes 2012). Existem diversos modelos de atenção primária no país, contudo, esforços nacionais são realizados para a expansão e fortalecimento da APS no Brasil por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 2012). Em julho de 2016, haviam implantadas 40.510 Equipes de Saúde da Família, com cobertura estimada de 61% da população brasileira, que soma cerca de 124 milhões de habitantes (Ministério da Saúde, 2017).

A ESF é caracterizada por uma equipe multiprofissional minimamente composta por

médico generalista ou especialista em Medicina de Família e Comunidade, um enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo existir também equipe responsável pela saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar ou técnico em saúde bucal). Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, com valor variável conforme graus de vulnerabilidade da comunidade. As pessoas se vinculam a uma unidade de saúde próximo de sua casa, conforme território definido, e conseqüentemente ao médico dessa equipe. O médico exerce função reguladora para encaminhar para outros níveis de atenção. (Ministério da Saúde, 2012)

A expansão da ESF tem evidenciado melhora em diversos desfechos de saúde, como: redução de mortalidade infantil e materna (Macinko et. al., 2006, 2015; Aquino et. al, 2009; Bezerra et. al., 2007; Paim et. al., 2011; Barufi et. al. 2012), melhor qualidade da atenção ao pré-natal e puericultura (Piccini et. al, 2007; Facchini et. al., 2006), redução de internações por condições sensíveis a APS (Alfradique et.al, 2009; Boing et.al, 2012) e redução de mortalidade por doenças suscetíveis a cuidados de saúde (Hone et.al, 2017).

Contudo, pesquisas nacionais apontam para a heterogeneidade da qualidade da APS no país, relacionada à baixa incorporação tecnológica, estrutura física precária, redes desestruturadas e deficiência na formação de profissional e escassez de médicos em determinadas regiões do país (Giovanella et. al, 2010, 2015; Chomatas et. al, 2013, Castro et.al, 2012, Scheffer et. al, 2015; Girardi et. al, 2012; Oliveira et.al, 2007; Harzheim et.al, 2016; Facchini et. al, 2006).

Entre os desafios enfrentados pela APS no Brasil encontra-se a insuficiência de médicos com especialidade voltada para APS (Medicina de Família e Comunidade – MFC) e também a dificuldade de fixar médicos nas unidades de saúde, especialmente em localidades mais distantes das capitais ou com maior vulnerabilidade socioeconômica, o que limita grandemente

o acesso dos usuários e o potencial dos serviços oferecidos na APS (Trindade et.al., 2016; Oliveira et. al., 2016; Scheffer et. al., 2015, 2011; Girardi, 2012).

A dificuldade no acesso pode ser observada pela baixa cobertura de consultas médicas do SUS (2,77 consultas médicas/habitante/ano), quando comparada ao número de consultas realizadas em países com APS forte (7,6 consultas/habitantes/ano na Espanha; 5,9 consultas/habitante/ano no Reino Unido e 7,7 consultas/habitante/ano no Canadá) (Ministério da Saúde, 2018; OCDE 2018).

Em partes, esse problema é explicado pela insuficiência de médicos no país (1,95 médicos/1000 habitantes), quando comparado a países com APS forte (densidade por 1.000 habitantes - Espanha: 3,8; Reino Unido: 2,85 e Canada 2,53), e pela distribuição heterogênea no território (0,98/1.000 habitantes na região Norte a 2,61/1.000 na região Sudeste) e local de atuação (três vezes mais médicos disponíveis na rede suplementar do que no SUS) (Scheffer et.al, 2015). Além disso, observa-se maior densidade de especialistas focais do que especialistas em APS, pois entre 228.862 médicos que possuem alguma especialidade médica, somente 4.022 médicos é Médico de Família e Comunidade, sendo que 76,2% estão localizados nas regiões Sul e Sudeste (Scheffer et.al, 2015).

Fator que tem gerado baixa qualidade dos cuidados na APS é a dificuldade de acesso às unidades de saúde. Embora, localizadas próximos de suas residências, predomina no país o acesso aos cuidados centrado exclusivamente no médico e por meio de consultas agendadas (Mendes, 2016). O autor sugere alternativas para melhorar o acesso ao promover agendamentos via telefônico ou internet, ampliar as formas de encontro clínico com atendimento qualificado de equipe multiprofissional, cuidado prestado por telefone ou outras ferramentas de telessaúde, priorizar acesso conforme risco das pessoas e suprir a necessidade do cuidado no mesmo dia para demandas não programadas por médicos.

3.1.4 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA APS (PCATool-Brasil)

Para avaliar objetivamente o grau de orientação aos atributos definidores da APS, Starfield et. al elaboraram o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária a Saúde (PCATool), que avalia a experiência com serviços de APS a partir da perspectiva dos usuários, profissionais de saúde e gestores. O instrumento já foi utilizado em diversos países para avaliar a qualidade da APS e permite, assim, criar um paralelo de comparação internacional (Harzheim, et.al. 2013; D'Avila et.al. 2017).

Harzheim, et. al.(2013) validaram o instrumento (PCATool-Brasil), que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde como ferramenta de avaliação da APS no país (Ministério da Saúde, 2010; Harzheim et. al. 2013). Ao avaliar os atributos da APS com o PCATool é possível identificar a presença e a extensão desses atributos por meio do Escore Geral e também Escores para cada um dos atributos. Os valores dos escores são padronizados para uma escala variando de 0 a 10, sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como Alto Escore (Harzheim et.al, 2013). A versão reduzida do instrumento (PCATool-Brasil versão reduzida) foi validada por Oliveira et al. em 2013 e contém 23 itens que avaliam os sete atributos da APS, possibilitando obter o Escore Geral da APS a partir de um questionário de mais fácil utilização (Oliveira et. al. 2013).

Até o momento, o maior estudo realizado com o PCATool-Brasil foi na cidade do Rio de Janeiro, onde foram entrevistados 6.675 usuários adultos e cuidadores de criança. A avaliação dos usuários adultos identificou que a cidade apresentava um baixo escore geral de APS (média: 5,73 IC:5,60-5,84)) para os dois principais tipo de modelo, sem diferença significativa entre os mesmos. Acesso (4,19 IC 4,08-4,30) e Serviços Prestados (média 3,99 IC:3,82-4,15) tiveram os escores mais baixos, identificando pontos de fragilidade do sistema local (Harzheim et. al., 2016).

Com resultados semelhantes, Oliveira et al. identificaram, em Porto Alegre, um baixo

Escore Geral para os cinco principais modelos de APS da cidade, porém a ESF ainda apresentou um escore maior (5,5) que as Unidades Básicas de Saúde tradicionais (4,8). Os piores componentes avaliados na ESF foram Acessibilidade (com escore de 2,7), Serviços Prestados (com escore de 3,5) e Orientação familiar (com escore de 3,4) (Oliveira et al., 2007).

O PCATool-Brasil já foi utilizado por diversos autores para comparar desfechos de saúde associados aos Escores da APS. Estudos identificaram associação positiva entre alto Escore Geral de APS e: melhores cuidados de saúde para pacientes hipertensos (Trindade et. al, 2007), melhores cuidados de saúde para pacientes diabéticos (Gonçalves et. al, 2007), praticas preventivas em idosos (Oliveira et al., 2013), entre outros.

Revisão sistemática sobre os estudos realizados com o PCATool (D'Avila et al., 2017) identificou a amplitude que os escores variam no país (entre 3,66 na cidade de Ilhéus, na Bahia, a 7,01 no município do Rio de Janeiro). Os autores atribuíram os melhores resultados obtidos na cidade do Rio de Janeiro à forte expansão dos serviços de APS no município, que entre 2008 a 2016 apresentou um aumento na cobertura populacional de 3,5% para 70%. Além disso, foi criado um programa de residência em Medicina de Família e Comunidade que aumentou a capacidade assistencial da APS do município.

Estudos realizados com o PCATool-Brasil também identificaram que possuir especialidade em MFC está relacionado a maior proporção de alto Escore Geral da APS nos serviços (Castro et. al 2012 e Chomatas et. al., 2013).

3.2 PAPÉIS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

O Médico de Família e Comunidade (MFC) é o especialista treinado nos princípios da disciplina e o seu campo de ação é a Atenção Primária à Saúde (Arias-Castilho, et. al. 2010; Wonca, 2011). São médicos responsáveis por promover um cuidado de saúde integral e continuado para as pessoas, independentemente da idade, sexo ou doenças. Eles cuidam das

peessoas no seu contexto familiar, cultural e comunitário. (Arias-Castilho, et.al. 2010; Wonca, 2011; Starfield, 2002) A especialidade é responsável pelo cuidado com os problemas de saúde mais frequentes da sua população, além de promover uma abordagem biopsicossocial. Estudos mostram que existem melhores resultados em desfechos de saúde em locais onde há maior densidade de MFCs por população do que maior densidade de outros especialistas (Starfield, 2002 e 2005; Macinko et. al. 2007).

A definição das especialidade Medicina de Família e Comunidade pressupõe algumas características básicas:

- 1) MFC como primeiro contato para cuidados médicos no sistema de saúde, exceto em alguns casos de urgência e emergência.
- 2) Coordenação dos recursos (para especialistas médicos ou outros profissionais de saúde da atenção primária).
- 3) Abordagem centrada na pessoa (avalia a pessoa dentro de seu contexto, família e comunidade).
- 4) Adequada relação médico-paciente (desenvolver relacionamento ao longo do tempo).
- 5) Responsável por prover atendimento longitudinal continuado conforme a necessidade da pessoa.
- 6) Processo de tomada de decisão baseado em condições mais prevalentes e incidentes na sua comunidade.
- 7) Atendimento integral de condições agudas ou crônicas.
- 8) Maneja doenças mesmo no estado inicial dos quadros, necessitando muitas vezes lidar com sinais e sintomas e estabelecer condições de gravidade que necessitam intervenções mais precoces.
- 9) Promove saúde e bem estar por intervenções apropriadas e efetivas.

10) Tem responsabilidade pela saúde da comunidade.

11) Lida com problemas de saúde em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais.

O papel do MFC como regulador do acesso para outros níveis de atenção tem sido um ponto crucial nos sistemas de saúde com base na atenção primária. Para favorecer a ação regulatória do MFC, bem como o atendimento longitudinal, alguns países incentivam ou tornam necessário o cadastramento do paciente com um MFC (que possui uma lista de pacientes. (Starfield, 2002; Kringos, et. al. 2015). Revisão sistemática mostra que a ação de regulação pelo MFC está associada com menor utilização dos serviços de saúde e menores gastos. (Kringos, et. al., 2010, 2015).

Em diversos países, há incentivo para que MFCs modifiquem a forma de atendimento em ambulatório individuais, para clínicas com outros MFCs ou equipes multiprofissionais a fim de aumentar sua resolutividade e ampliação do acesso nos horários alternativos de atendimento, podendo visualizar essas informações sumarizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Vínculo, ação regulatória e ambiente de atuação do MFC em países com APS forte (forma predominante no país)

País	Registro obrigatório com MFC ou Unidade de Saúde	MFC tem ação reguladora “gatekeeping”	Ambiente de atuação
Austrália	Não é necessário registro ou vínculo territorial. Pessoas podem escolher um MFC.	Não tem controle obrigatório, paciente tem incentivo por reembolso	Ambulatório individual, clínicas multiprofissionais
Bélgica	Registro não é obrigatório, porém há incentivo financeiro	Não tem controle obrigatório, paciente tem incentivo por reembolso	Ambulatório individual
Canadá	Não é necessário registro ou vínculo territorial. Pessoas podem escolher um MFC.	MFC costuma realizar os encaminhamentos, porém não é obrigatório.	Ambulatório individual, clínicas multiprofissionais
Dinamarca	Registro com MFC de sua escolha, próximo a residência.	MFC atua como responsável pelos encaminhamentos.	Ambulatório individual
Espanha	Registro com MFC de sua escolha, próximo a residência	Controla o acesso. Necessário encaminhamento pelo MFC.	Clinicas multiprofissionais
Holanda	Registro com MFC de sua escolha, porém MFC pode escolher atender próximos.	Controla o acesso. Necessário encaminhamento pelo MFC.	Ambulatório individual, clínicas multiprofissionais
Portugal	Registro com MFC de sua escolha, dentro de um território próximo a residência.	Controla o acesso. Necessário encaminhamento pelo MFC.	Centro de saúde

Reino Unido	Registro com MFC de sua escolha. Não necessário próximo a residência.	Controla o acesso. Necessário encaminhamento pelo MFC.	Ambulatório individual, clínicas multiprofissionais
-------------	---	--	---

Fonte: Agostinho (2017) adaptado de Australian Institute of Health and Welfare (2016); OECD (2016); Kroneman (2016); Netherlands Institute for Health Services Research (2016), Mossialos, E (2015); Olejaz (2012).

3.3 ESTRATÉGIAS PARA PROVIMENTO DE MÉDICOS

O provimento de médicos vai além do aumento da densidade dos profissionais por habitantes, mas os mesmos devem estar acessíveis e distribuídos de maneira equitativa para as populações, possuir qualidade e competências adequadas para os cuidados de saúde e estar amparados pelo Sistema de Saúde. Diversos países, com renda alta ou baixa, apresentam dificuldades na formação de profissionais, retê-los em localidades menos favoráveis e manter qualidade clínica desejável (WHO, 2016; OECD, 2015).

Questões éticas envolvendo o recrutamento de profissionais na área da saúde fomentaram a criação do Código de Prática de Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde (CODE), elaborado pela OMS, que incentiva os países a criar estratégias para buscar a sustentabilidade na formação de profissionais da área da saúde, distribuir equitativamente os profissionais, regular a formação médica de especialistas focais e especialistas em atenção primária, manter a qualidade dos profissionais e, quando necessário, promover acordos internacionais regulamentados para buscar recursos médicos em outros países que não serão prejudicados com a emigração de médicos (Siyam A,(2015); WHO, 2010, 2016).

De maneira geral, a reforma no ensino médico tem sido a principal estratégia para buscar a sustentabilidade de profissionais, aliada a incentivos de fixação dos médicos que já fazem parte da força de trabalho local. Algumas estratégias com esse objetivo são: aumento na vaga de ensino médico (especialmente em áreas remotas e regulação das especialidades conforme necessidade local), inclusão em cursos de medicina estudantes provenientes de determinadas regiões remotas, incentivo financeiro para médicos que trabalham em áreas de maior

vulnerabilidade, regulamentação do local de distribuição dos médicos e reorganização do sistema de saúde para melhorar as condições em áreas remotas ou de maior vulnerabilidade. (Pit et. al, 2014; OECD, 2015,2016; WHO, 2016)

O Reino Unido costumava ser a região que mais recebia imigrantes e possuía programas de recrutamento com países como Índia, África do Sul, Filipinas e Espanha, oferecendo aos profissionais visto permanente e registro profissional como maneira de atração. A partir de 2006, iniciou-se processo de regulamentação, somente oferecendo vagas onde não houvesse mão de obra disponível no país e, com o advento do CODE, a política nacional tem investido na reforma do ensino médico para promover a sustentabilidade de profissionais localmente formados. Em 2015, foi estabelecido acordo para aumentar em 50% a formação de novos MFCs e criadas políticas para aumentar o recrutamento nacional de médicos e sua fixação em áreas de maior dificuldade. (OECD, 2016; NHS, 2015, 2016)

O Canada também tem trabalhado na reforma do ensino médico para recrutar e fixar profissionais em áreas remotas. Incentivos para aumentar a formação de MFCs no país levaram a duplicação do número anual de residentes na última década, passando de 600 para 1.350 novos residentes a cada ano (Visconi, et. al 2016; Pit, et.al 2013).

A Austrália tem realizado diversos programas para recrutamento e fixação de médicos, entre eles o programa de Médicos Formados no Exterior e Clínicas de Treinamento de Apoio Rural. O primeiro programa visa atrair médicos formados em outros países para trabalhar nas áreas rurais, porém que tenham formação em medicina de família, clínicos gerais de ambiente hospitalar e outras especialidades conforme necessidade local. Os médicos que desejam fazer parte do programa devem ser aprovados em teste online, provar proficiência em inglês, apresentar critérios curriculares aprovados por universidades locais, obter visto temporário de trabalho e aprovação em entrevista para obter registro no Medicare. No início o participante é supervisionado por outro médico e sua licença somente permite atuar em localidades

prioritárias. O médico deve ficar no mínimo 10 anos neste local. As Clínicas de treinamento de apoio rural buscam treinar médicos locais em áreas rurais visando fixação futura. (Visconi, et. al 2016; OECD, 2016)

3.3.1 Experiências internacionais para provimento de Médicos

Cuba tem uma ampla experiência com intercâmbio de profissionais da área da saúde para suprir demandas emergências e apoio a sistemas de saúde, sendo que cerca de 50 mil profissionais estão atualmente em outros países. Cuba tem uma densidade de médicos alta (6.72 médicos por 1.000 habitantes) e cerca da metade dos médicos cubanos são especialistas em atenção primária. Em 2004, foi realizado um projeto na Venezuela, conhecido como *Mission Barrio Adentro*, com objetivo de prover acesso a cuidados de atenção primária em áreas de maior vulnerabilidade. Entre 2004 a 2010, foram enviados mais de 20 mil profissionais da saúde, e cerca de 10 mil clinicas em APS foram estabelecidas. Em proporções menores, Cuba enviou 100 médicos para Chade no ano de 2005 e 445 médicos para Guatemala (Gonzales, 2016; Black, 2012).

A Finlândia também possui projetos de cooperação internacional como o projeto DOKTOR e MEDIKO que buscam recrutar médicos principalmente da Rússia. Esses médicos inicialmente trabalhavam como assistentes de médicos formados localmente enquanto fazem parte de um programa de treinamento que incluía aprendizado da língua, apoio social e profissional para integração e exame para validação do diploma. Cerca de 85 médicos incluídos nesse projeto (OECD,2016).

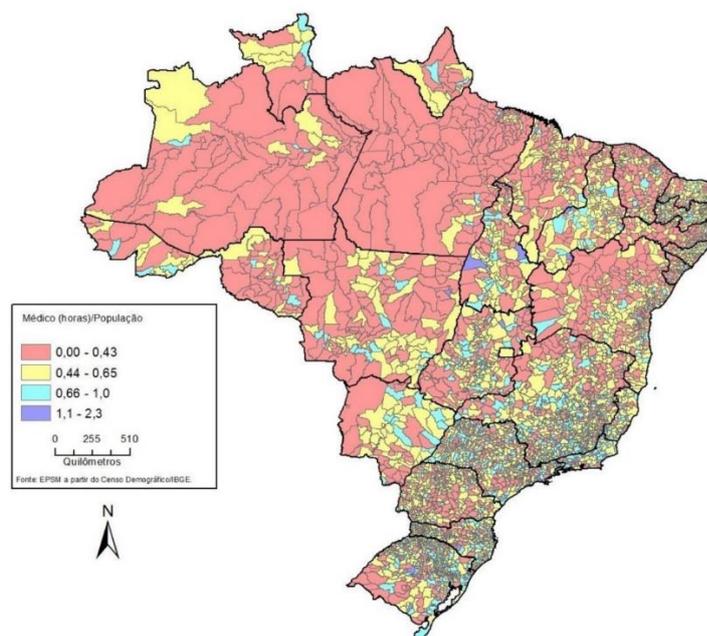
3.3.2 Experiências brasileiras para provimento de Médicos

Entre os desafios enfrentados pela APS no Brasil encontra-se a insuficiência de médicos com especialidade voltada para APS (Medicina de Família e Comunidade – MFC) e também a dificuldade de fixar médicos nas unidades de saúde, especialmente em localidades mais

distantes das capitais ou com maior vulnerabilidade socioeconômica, o que limita grandemente o acesso dos usuários e o potencial dos serviços oferecidos na APS (Trindade et.al., 2016; Oliveira et. al., 2016; Scheffer et. al., 2015, 2011; Girardi, 2012).

A insuficiência de médicos no Brasil pode ser percebida pela densidade dos profissionais por 1.000 habitantes (1,95 médicos/1000 habitantes) que se distribuem desigualmente no território (0,98/1.000 habitantes na região Norte a 2,61/1.000 na região Sudeste) e local de atuação (três vezes mais médicos disponíveis na rede suplementar do que no SUS) (Scheffer et.al, 2015). Diversas variáveis são implicadas para explicar esta tendência como, por exemplo, a localização dos serviços de residência médica, desenvolvimento econômico local, violência urbana, entre outros. Inquestionável é a repercussão deste desequilíbrio na oferta de serviços médicos para populações carentes.

A distribuição de médicos em APS por 1.000 habitantes aponta que as regiões mais desenvolvidas do país, Sudeste e Sul, apresentam uma maior relação de profissionais por população. Já as áreas de maior escassez de médicos se encontram na região Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Girardi et. al, 2012).



Fonte: GIRARDI (2012)

Além disso, observa-se maior densidade de especialistas focais do que especialistas em APS, pois entre 228.862 médicos que possuem alguma especialidade médica, somente 4.022 médicos é MFC, sendo que 76,2% atuam nas regiões Sul e Sudeste (Scheffer et.al, 2015).

Com objetivo de contrapor essa distribuição, diferentes intervenções foram conduzidas ao longo da história do governo brasileiro (Alessio, 2017; Maciel-Filho, 2007). Em 1968, o governo militar deu início ao Projeto Rondon – programa de estágio voluntário para universitários em localidades do interior do país. Os participantes, em período de férias, desempenhavam atividades específicas do seu campo de formação em localidades com condições socioeconômicas precárias. De caráter transitório, a provisão de recursos humanos oferecida pelo projeto não contribuiu para mudanças na distribuição de profissionais médicos (Maciel-Filho, 2007).

Em 1976, foi instituído, também pelo governo militar, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Inicialmente aplicado na região Nordeste foi posteriormente ampliado para todas as regiões. Conduzido por grupo interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde, o PIASS previa a implantação de unidades básicas de saúde e saneamento básico para comunidades com menos de 20 mil habitantes. Como parte das diretrizes do programa, seriam utilizados recursos humanos de nível auxiliar oriundos das próprias comunidades, com supervisão de profissionais em unidades de referência. O Programa logrou aumento na estrutura física da rede de atenção básica, porém com dúvidas quanto à qualidade da assistência oferecida (Maciel-Filho, 2007).

No ano de 2001 foi criado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) foi concebido para atender as populações de municípios desprovidos ou com precariedade dos serviços de saúde. Foi encerrado em 2004, com 4.666 médicos inscritos nos quatro anos que esteve ativo, porém apenas 468 médicos assumiram as atividades no município (Maciel-Filho, 2007; Alessio, 2017).

No ano de 2010 outra estratégia foi criada para o provimento de médicos oferecendo aos egressos de Medicina que tiveram seus cursos total ou parcialmente custeados pelo Fundo de Financiamento Estudantil (Fies) poderiam abater suas dívidas em função do tempo de atuação na Saúde da Família de regiões previamente determinadas pelo Ministério da Saúde (Alessio, 2017; Brasil, 2010). Em 2011, é lançado o PROVAB (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), que além de pagar bolsas de estudos e cursos de especialização, estimulava médicos recém-formados a trabalharem na AB através da pontuação adicional na prova de residência médica (Brasil, 2011). Apesar de ambas as iniciativas terem produzido efeito no provimento de médicos para a APS, a quantidade de profissionais foi inferior à demanda que se apresentava (Ribas, 2016).

Em 2013, outra estratégia para aumentar a oferta de trabalho médico no SUS em cidades ou regiões com escassez de médicos foi criada pelo Governo Federal, unindo Ministério da Saúde e Ministério da Educação: Programa Mais Médicos do Brasil (Brasil, 2013).

3.3.3 Programa Mais Médicos

O Programa Mais Médicos (PMM) foi criado no Brasil, em julho de 2013, pela Medida Provisória nº 621, que foi convertida para a Lei nº12.871 em outubro do mesmo ano. O objetivo principal do programa é aumentar recursos humanos na área médica para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) e garantir a equidade de distribuição desses profissionais (Brasil, 2013; Ministério da Saúde, 2015).

No Brasil, antes da implantação do PMM, cerca de 20% dos municípios brasileiros apresentavam escassez de médicos, principalmente naqueles de menor porte, mais distantes e com maior dificuldade de acesso, localizados nas regiões Norte e Nordeste (Girardi et. al, 2012).

Além de aumentar a quantidade de médicos no país, o programa visava fortalecer os serviços de atenção primária, aumentar a integração do ensino e serviço pelo fortalecimento da política de educação permanente e melhorar a qualidade da formação médica, aumentando sua

inserção no campo prático e no conhecimento da realidade da saúde da população brasileira (Ministério da Saúde, 2015).

Para cumprir esses objetivos, o programa apresenta três eixos principais de ação: reforma do ensino médico e residências médicas regulada de acordo com as prioridades do SUS, melhoria da estrutura da rede de atenção primária e alocação emergencial de médicos em áreas prioritárias e de maior vulnerabilidade (Brasil, 2013; Ministério da Saúde, 2015).

O Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) organiza a alocação emergencial de médicos para atuação na APS, além de promover para esses profissionais supervisão contínua (fornecida por supervisor médico) e curso de especialização com ênfase em atenção primária, com apoio de tutor responsável pela orientação acadêmica. O projeto foi implantado em regiões prioritárias, definidas por apresentarem alto percentual de populações vivendo em extrema pobreza, região semiárida e região amazônica, área com população indígena e quilombola, e localidades vulneráveis com dificuldade de atrair e fixar médicos. Os municípios que quisessem aderir ao PMM assumiam obrigações para garantir o funcionamento das unidades de saúde, bem como benefício de moradia, alimentação e deslocamento dos profissionais. Além disso, era proibido substituir os profissionais que já atuavam na ESF do município por médicos do programa (Ministério da Saúde, 2015, Ribas, 2016).

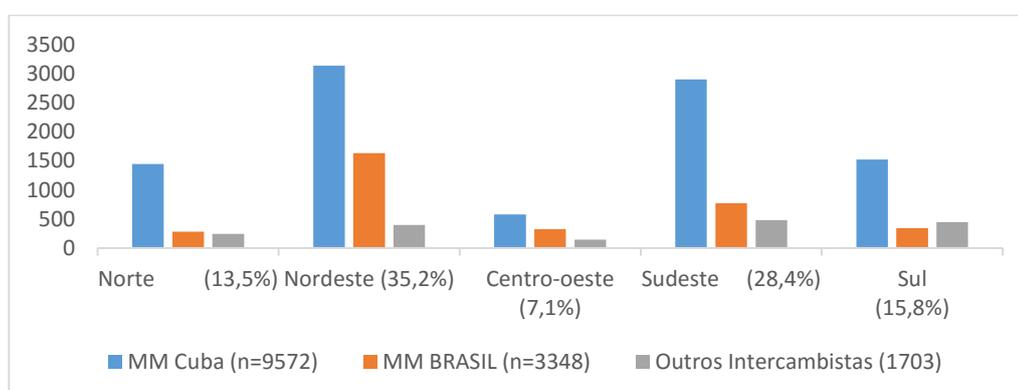
As vagas para os profissionais foram oferecidas inicialmente para médicos com registro no Conselho Federal de Medicina do Brasil. Vagas não preenchidas foram ofertadas aos brasileiros formados no exterior, sem diploma validado, e após para estrangeiros que não tinham diploma validado, porém não poderiam ser provenientes de países com menor densidade de médico/1.000 habitantes que o Brasil. Projeto de cooperação internacional foi utilizado como último recurso para suprir as vagas, por meio de acordo entre o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Esses médicos são classificados como “médicos cooperados” e fazem parte da cooperação entre

OPAS/OMS e governo cubano, que disponibilizou médicos com experiência em APS e participação prévia em outros projetos de cooperação internacional em saúde. Os médicos que não tinham diploma validado no Brasil (cooperados ou não cooperados) receberam Registro Único com liberação para atividades exclusivamente relacionadas ao PMM e com validade por três anos, podendo prorrogar seu vínculo com o programa por mais três anos (Ministério da Saúde, 2015, Oliveira, 2016). Os médicos cadastrados no PMMB recebem suporte clínico e para formação por meio de supervisores médicos e tutores acadêmicos vinculados a universidades.

Em 2015, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) foi integrado ao PMM, porém os profissionais poderiam optar em manter as regras educacionais e o incentivo de pontuação para o processo seletivo da residência médica.

No início do programa, 1.846 médicos brasileiros assumiram vagas e as demais foram preenchidas por médicos estrangeiros. Foram alocados 12.616 médicos estrangeiros provenientes de 49 países, sendo que 11.429 eram médicos cooperados de Cuba. Em março de 2017, existiam 14.623 médicos ativos compondo o quadro de profissionais do PMM (9572 médicos cubanos, 3348 médicos com CRM brasileiro e 1703 intercambistas de outros países), alocados em 3.819 municípios. (Ministério da Saúde, 2017).

Gráfico 1 – Distribuição dos Médicos do Programa Mais Médicos



Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Estudo nacional para avaliar o impacto do PMM sobre a escassez de médicos na APS (que avalia além do número absoluto de médicos por habitantes, indicadores relativos às carências socioeconômicas, alta necessidade de saúde e barreira de acesso a serviços) identificou que antes do início do programa existiam 1200 municípios com escassez de médicos (21,6% do total do país). Em setembro de 2015, esse número reduziu para 777 municípios, sendo que 505 deles receberam médicos do PMM e 63,4% apresentavam razão de profissionais superior a 1 para cada 3 mil habitantes, os demais municípios, mesmo com um razão adequada, apresentavam maior carência socioeconômica e altas necessidades de saúde. A redução de escassez foi observada em todas regiões do país, com maior impacto na região norte (48 % para 31% dos municípios) e nordeste (25,1% para 18,1%). Em relação ao aporte populacional, municípios entre 50 a 100 mil habitantes apresentaram maior redução de escassez (29,5% para 12,15) e municípios entre 20 a 50 mil habitantes (com redução de 29,5% para 19,2%). Municípios que apresentavam escassez alta reduziram em 50% (Girardi et. al, 2016).

Análise de produção da APS após a implantação do PMM, indicou aumento médio de 33% na média mensal de consultas médicas e 32% em visitas domiciliares após início do PMM (Brasil, 2015). A mediana total de consultas médicas no Brasil foi de 285 por mês em 2014, indicando uma média de 14,4 consultas por dia. O PMM produziu mais consultas em municípios mais pobres e com menores IDH (Lima, et. al, 2016);

Estudo sobre a infraestrutura das unidades de saúde aponta que as 62,5% das unidades que receberam médicos do PMM apresentavam infraestrutura de média qualidade e 5,8% com qualidade baixa. As unidades básicas classificadas com qualidade baixa estão mais frequentes na região norte (23%) e nordeste (52,8%) (Giovanella, et. al 2016).

Apesar da expansão da ESF, com melhora em diversos desfechos de saúde, conforme previamente citados, as equipes apresentam-se heterogêneas em relação a estrutura (Giovannella, et.al. 2015,2016), suficiência de médicos (Girardi, et. al. 2012, 2016) e qualidade dos serviços prestados (Trindade, 2007, Gonçalves 2007, D’Avila, et.al, 2017). O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído em 2013 no Brasil com a finalidade de aumentar recursos humanos na área médica para atuar no SUS e garantir a equidade de distribuição desses profissionais. Diante da importante modificação de estratégias de provimento de médicos no país, e conseqüentemente redução da escassez de médicos principalmente em áreas de maior vulnerabilidade socioeconômica, este trabalho avalia o impacto do Programa Mais Médicos sobre a qualidade da APS brasileira medido com o Instrumento PCATool- Brasil.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva dos usuários adultos que consultam nas Equipes de Saúde da Família no Brasil, comparando o grau de orientação para APS dos serviços onde atuam médicos cubanos do Programa Mais Médicos, médicos brasileiros do Programa Mais Médicos e médicos brasileiros não vinculados ao programa.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o grau de orientação da APS (Escore Geral da APS) no Brasil e regiões conforme o grupo do médico;
- Avaliar o Escore de Acesso e de Longitudinalidade no Brasil e regiões conforme o grupo do médico,
- Identificar características dos profissionais e dos usuários que influenciam no grau de orientação da APS (Escore Geral da APS).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfradique ME, Bonolo P, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*. 2009 June [cited 2017 Feb 2]; 25(6):1337-1349. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.

Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):87-93.

Ansari Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Aust J Prim Health*. 2007;13(3):91-110.

Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do médico de família e comunidade definição ibero-americana [Internet]. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade; 2010 [cited 2018 Jul 30]. Available from: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf

Alessio MM, Sousa MF. The More Doctors Program: elements of tension between the government and medical associations. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(Supl.1):1143-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0396>.

Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2014. Australia's health series no. 14. Cat. no. AUS 178. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare; 2014 [cited 2017 Jan 25]. Available from: <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129547205>

Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2016 [Internet]. Canberra: AIHW; 2016 [cited 2017 Apr 05]. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129555788>

Barufi AM, Haddad E, Paez A. Infant mortality in Brazil, 1980-2000: a spatial panel data analysis. *BMC Public Health*. 2012 Mar [cited 2017 Apr 05]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3317870/>

Black E, Silver J. Revolutionary Health Care [Internet]. Ottawa: CCPA; 2012 [cited 2017 Apr 07]. Available from: <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2012/01/cubandocs.pdf>

Bezerra Filho JG, Kerr LRF, Miná DL, Barreto ML. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. *Cad. Saúde Pública*. 2007 May [cited 2017 Apr 05];23(5):1173-1185. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500019&lng=en

Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG et al . Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública. 2012 Apr [cited 2017 Apr 05]; 46(2): 359-366. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en

Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. Health Aff (Millwood). 2010 [cited 2017 Apr 04];29(8):1432-41. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1432.long>

Boyle B. United Kingdom (England): Health system review. Health Syst Transit. 2011 [cited 2017 Apr 03];13(1):1-486. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf

Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero Corte P, Jadad AR. Renewing primary care: lessons learned from the Spanish health care system. Health Aff (Millwood). 2010 [cited 2017 Apr 04];29(8):1432-41. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1432.long>

Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2013; 23 Out; Seção 1:1. Available from: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>

Brasil. Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010. Altera a Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior - FIES (permite abatimento de saldo devedor do FIES aos profissionais do magistério público e médicos dos programas de saúde da família; utilização de débitos com o INSS como crédito do FIES pelas instituições de ensino; e dá outras providências). Diário Oficial da União. 2010; 15 Nov; Seção 1:3. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2010/lei-12202-14-janeiro-2010-600572-normaatualizada-pl.html>

Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS n. 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2011; 2 Set; Seção 1:2. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html

Brugha R, Crowe S. Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel--Ethical and Systems Perspectives. Int J Health Policy Manag. 2015 [cited 2017 Apr 07];4(6):333-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4450727/>

Britt H, Miller GC, Henderson J, Bayram C, Harrison C, Valenti L, et al. General practice activity in Australia 2013–14. General practice series no. 36. Sydney: Sydney University Press; 2014 [cited 2017 Apr 05]. Available from: purl.library.usyd.edu.au/sup/9781743324219

Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract.* 2004 Dec;53(12):974-80.

Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2012 [cited 2017 Feb 02];28(9):1772-1784. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract.* 2004 May;54(502):374-81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266174/>

Chomatás E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):294-303.

Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. *Health Syst Transit.* 2015 [cited 2017 Apr 03]; 17(5): 1–125. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf?ua=1

Dal Poz, Mario Roberto. The crisis of health workforce. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 [cited 2017 Apr 03];29(10):1924-1926. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE011013>.

D'Avila OP, Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Cien Saude Colet.* 2017 Mar;22(3):855-865 [cited 2017 Mar 29]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300855&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006 [cited 2017 Jan 25];11(3):669-681. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2006 [cited 2017 Jan 25];11(3):669-681. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>.

Figueras J, McKee M, Mossialos E, Saltman RB. Atenção Primária conduzindo as redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na Atenção Primária Europeia. Maidenhead, UK: Open University Press; 2006 [Internet]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_conduzindo_redes.pdf

García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Syst Transit*. 2010 [cited 2017 Apr 03];12(4):1-295. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf

Girardi SN, editor. Identificação de áreas de escassez em recursos humanos em saúde: relatório final de atividades [Internet]. Belo Horizonte: UFMG; 2012 [cited 2017 Apr 04]. Available from: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf

Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCCR, Fusaro RE, Mendonça MHM, Gagno J. Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Nota Técnica 5/2015 [Internet]. [place unknown]: Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde da Saúde no Brasil; 2015. Available from: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf

Giovanella L, Mendonça MHH, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, Andrade CLT et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010; 34(85):248-264.
Giovanella L, editor. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/13199>

González MC, Vásquez RP, Bencomo DR, Choonara I. International medical collaboration: Lessons from Cuba. *Children (Basel)*. 2016 [cited 2017 Apr 07]; 3(4): 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5184795/>

Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2017 Apr 06]; 21(5):1399-1408. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501399&lng=en

Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho M, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2017 Apr 06]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf.

Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013 [cited 2017 Feb 02];8(29):274-84. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)

Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. *Health Syst Transit*. 2006 [cited 2017 Apr 03]; 8(5): 1-158. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/australia-hit-2007>

Hone T, Rasella D, Barreto M, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's primary care expansion and strong health governance. *Health Aff (Millwood)*. 2017 Jan 1;36(1):149-158.

Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006 Apr;63(2):158-88.

Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. Kringos et al. *BMC Health Serv Res*. 2010 Mar [cited 2017 Mar 28];10:65. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010 Oct 27 [cited 2017 Feb 01];11:81. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81>

Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe*. London: The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO; 2015

Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2016 [cited 2017 Apr 03];18(2):1–239. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1

Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract*. 2003 Jun;20(3):311-7.

Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, et al. A atenção básica no brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016 [cited 2017 Jan 30];21(9):2685-2696. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>.

Lozano M, Meardi G, Martín-Artiles A. International recruitment of health workers: British lessons for Europe? Emerging concerns and future research recommendations. *Int J Health Serv*. 2015;45(2):306-19 [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020731414568510>

Maciel Filho R. *Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde: o caso brasileiro [dissertation]*. Rio de Janeiro: Universidade do

Estado do Rio de Janeiro; 2007. Available from:
http://nicc.cpqam.fiocruz.br/observarh/publicacoes/arquivos/Tese_Romulo_Maciel.pdf

Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):13-9.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015 [cited 2017 Apr 03];372(23):2177-81. Available from:
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>

Macinko J, Starfield B, Erinosh T. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage*. 2009 Apr-Jun;32(2):150-71. doi: 10.1097/JAC.0b013e3181994221.

Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv*. 2007;37(1):111-26.

Marchildon GP. Canada: Health system review. *Health Syst Transit*. 2013 [cited 2017 Apr 03];15(1):1- 179. Available from:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf?ua=1

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. Belo Horizonte: [s. n]; 2009 [cited 2017 Feb 01]. Available from:
<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>

Mendes EV. O acesso à atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2016.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [cited 2017 Mar 23]. Available from:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

Mendonça CS. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte, Brasil. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016. Available from:
<http://hdl.handle.net/10183/148133>

Ministério da Saúde (BR). IBD 2012 Brasil. Indicadores de cobertura: número de consultas médicas (SUS) por habitante. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f01.def>

Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 193/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Internet]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [Internet]. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/livro-maismedicos-2015.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Sala de Apoio à Gestão Estratégica: Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Jan 08]. Available from: <http://sage.saude.gov.br/>.

Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. 2015 International profiles of health care systems: Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States [Internet]. New York, NY: The Commonwealth Fund; 2016 [cited 2017 Apr 04]. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>

Netherlands Institute for Health Services Research. Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients. Utrecht, The Netherlands: NIVEL; 2016 [cited 2017 Feb 02]. Available from: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/341143>

NHS England. Building the workforce: the new deal for general practice. Secondary Building the workforce: the new deal for general practice 2015 [Internet]. Wakefield, UK: NHS; 2015 [cited 2017 Apr 07]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/12/2015/01/building-the-workforce-new-deal-gp.pdf>

NHS England. General Practice Forward View [Internet]. Wakefield, UK: 2016 [cited 2017 Apr 07]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>

NHS England. Securing the Future GP Workforce Delivering the mandate on GP expansion: GP Taskforce final report [Internet]. Wakefield, UK: NHS; 2014 Mar [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/GP-Taskforce-report.pdf>

OECD. Doctors (overall number), in Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited 2017 Feb 02]. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-21-en

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle [Internet]. Paris: OECD Publishing, 2016 [cited 2017 Mar 24]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2016 [cited 2017 Mar 23]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en>

OECD. International Migration Outlook 2015 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited 2017 Apr 07]. Available from: http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en

OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle [Internet]. Paris: OECD Publishing, 2016 [cited 2017 Mar 24]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

OECD. OECD Statistics: Health care utilisation [Internet]. Paris: OECD; 2018. Available from: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. Health Syst Transit. 2012[cited 2017 Apr 03]; 14(2):1-192. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf?ua=1

Oliveira EB, Bozzetti MC, Hauser L, Duncan BB, Harzheim E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013;8(29):264-73 [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826>

Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Mar 24];19(54): 623-634. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300623&lng=en

Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. O Programa Mais Médicos: provimento de médicos em municípios brasileiros prioritários entre 2013 e 2014. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016 Sep [cited 2017 Jan 30];21(9):2719-2727. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.17702016>.

Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/12649>

Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2013 [cited 2017 Feb 02]; 8(29):256-63. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)

Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS; 2007 [Internet]. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-20742>

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Statistics: Health care utilisation [Internet]. Paris: OECD; 2018 [cited 2018 Jan 12]. Available from: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May [cited 2017 Apr 05];377(9779):1778-97. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611600548>

Pedersen KM, Andersen JS, Søndergaard J. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med*. 2012 Mar;25 Suppl 1:S34-8 [cited 2017 Mar 29]. Available from: http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.long

Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al . Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2007 [cited 2017 Jan 25];7(1):75-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000100009>.

Pisco L. Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011 [cited 2017 Jan 25];16(6):2841-2852. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600022>.

Pit SW, Vo T, Pyakurel S. The effectiveness of recruitment strategies on general practitioner's survey response rates - a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2014 Jun 6;14:76 [cited 2017 Mar 29]. Available from: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-14-76>

Primary health care reform in Australia: Report to support Australia's First National Primary Health Care Strategy. Canberra: Commonwealth of Australia; 2009 [cited 2017 Feb 02]. Available from: <http://apo.org.au/files/Resource/NPHC-supp.pdf>

Ribas AN. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da Teoria da Avaliação de Programas [dissertation]. Brasília: Universidade de Brasília; 2016 [cited 2017 Apr 07]. Available from: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20577>

Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006 Jun;23(3):308-16.

Siyam A, Dal Poz MR, editors. Migration of health workers: The WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis [Internet]. Geneva: WHO, 2014 [cited 2017 Mar 24]. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf?ua=1

Scheffer M, editor. Demografia médica no Brasil 2015 [Internet]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2015 [cited

2017 Apr 04]. Available from: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>

Schellevis FG Westert GP, De Bakker DH. The actual role of general practice in the Dutch health-care system. Results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *J Public Health*. 2005;13:265-69.

Starfield B. Family Medicine should shape reform, not vice versa. *Fam Pract Manag*. 2009 [cited 2017 Feb 02];16(4):67. Available from: <http://www.aafp.org/fpm/2009/0700/p6.html>

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

Starfield B. Toward international primary care reform. *CMAJ*. 2009 [cited 2017 Feb 02];180(11):1091-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683215/>

Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.

Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca!. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2016 [cited 2017 Jan 30];21(9):2667-2669. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.

van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci*. 2006 Sep;8(3):185-95.

Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med*. 2013 [cited 2017 Mar 28];18(1):13-23. Available from: <http://www.srpc.ca/PDF/cjrm/vol18n1/pg13.pdf>

Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2002 Dec;52(485):1012-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314474/>

WONCA Europe. The European definition of general practice / family medicine. [place unknown]: WONCA Europe; 2011. Available from: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>

World Health Organization. Os desafios de um mundo em mudança. In: WHO. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca. Geneva: WHO; 2008 [cited 2017 Feb 02]. p. 5-24. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

World Health Organization. Promover e manter a cobertura universal. In: WHO. Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – Agora mais que nunca. Geneva: WHO; 2008 [cited 2017 Feb 02]. p. 25-38. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

World Health Organization. The World health report 2000 - health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>

World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. Geneva: WHO, 2010 [cited 2017 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

World Health Organization. National health workforce accounts – A handbook draft for consultation. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/

World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. [place unknown]: WHO; 2016.

World Health Organization. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO, 2016 [cited 2017 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/

World Health Organization. National health workforce accounts – A handbook draft for consultation. Geneva: WHO; 2016 [cited 2017 Apr 10]. Available from: http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/

World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. Geneva: WHO, 2010 [cited 2017 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

World Health Organization. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Sixty-third World Health Assembly - WHA63.16. Geneva: WHO, 2010 [cited 2017 Mar 23]. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf

World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) and Density per 1000 Data by country [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <http://www.who.int/gho/en/>

Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? Worrall G, Knight J. Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? Can Fam Physician. 2006 Jun;52:754-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1780151/>

6. ARTIGO

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL E SUA ASSOCIAÇÃO
COM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS.

QUALITY OF PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL AND ITS ASSOCIATION WITH
THE MORE DOCTORS PROGRAM.

Milena Rodrigues Agostinho Rech¹, Lisiane Hauser¹, Lucas Wollmann¹, Rudi Roman¹,
Sotero Serrate Mengue¹, Elisandrea Sguario Kemper², Alexandre Florencio², Gerardo Alfaro,
Renato Tasca², Erno Harzheim¹.

1 – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul (PPGEPI-UFRGS).

2 – Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)

Aceito para publicação pela Revista Pan-Americana de Saúde Pública.

(fase de publicação).

RESUMO

Introdução: O Programa Mais Médicos (PMM) aumentou o provimento de médicos para atuar no Sistema Único de Saúde do Brasil. Mais de 18 mil vagas foram disponibilizadas, dentre as quais 12 mil com médicos de Cuba, parceria entre Ministério da Saúde e OPAS/OMS. **Método:** Estudo transversal nacional para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), com o PCATool-Brasil, a partir da experiência dos usuários que consultaram com médicos cubanos e brasileiros vinculados ao PMM e médicos brasileiros não vinculados. Foi realizada análise multinível para avaliar características dos usuários e dos profissionais associadas ao Escore Geral da APS. **Resultados:** A média do Escore Geral da APS do Brasil foi 6,78, e do Escore de Longitudinalidade foi 7,43. Ambos os escores não apresentaram diferença entre tipos de médicos. O Escore de Acesso do Brasil foi 4,24, havendo diferença pequena, mas estatisticamente significativa (p -valor < 0,001): grupo MMCuba com 4,43 (IC:4,32-4,54), MMBrasil 4,08 (IC:3,98-4,18) e MedESF com 4,20 (IC:4,09-4,32). Na análise multinível, idade, estrato socioeconômico, presença de doenças crônicas e o fato de o médico realizar visita domiciliar influenciaram positivamente no Escore Geral. **Conclusão:** o PMM mostrou-se associado a maiores Escores de Acesso em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica. É possível afirmar que o tipo de médico não influenciou na qualidade da APS. Com a análise multinível, identificamos que o fortalecimento da APS também pode ser alcançado ao reforçar papéis fundamentais dos médicos e aprimorar o acesso das populações de maior vulnerabilidade socioeconômica, pessoas mais jovens ou sem doenças crônicas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família; Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde; Sistemas de Saúde.

Introdução

O sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta cobertura universal, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada e ordenadora da rede de atenção (1,2). A Estratégia Saúde da Família – principal modelo de APS – é caracterizada por equipe multiprofissional, responsável por cerca de 3.000 usuários vinculados a unidade de saúde (1,2). Em julho de 2016, 123 milhões de brasileiros eram assistidos por 40.098 Equipes de Saúde da Família (ESFs) (3). Contudo, estudos nacionais identificaram heterogeneidade em relação a estrutura, suficiência de médicos e qualidade dos serviços prestados na APS (4-9). Além disso, estudos feitos com o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil), observaram diferenças na qualidade da APS e um grau de orientação baixo para a maioria dos atributos, com piores resultados para os atributos acesso e integralidade (10-14).

A dificuldade no acesso pode ser identificada tanto pelo menor número de consultas médicas do SUS (2,77 consultas habitantes/ano), quando comparado a países com APS forte (7,6 consultas/habitantes/ano na Espanha; 5,9 consultas/habitante/ano no Reino Unido e 7,7 consultas/habitante/ano no Canadá), quanto por avaliação nacional da ESF, que identificou fragilidades para marcação de consultas e para atendimento de situações clínicas emergenciais (15-17).

Em parte, o problema do acesso é explicado pela menor densidade de médicos no Brasil (1,95 médicos/1.000 habitantes), quando comparado a países com APS forte (densidade por 1.000 habitantes - Espanha: 3,8; Reino Unido: 2,85 e Canada 2,53), e pela distribuição heterogênea desses profissionais conforme território (a densidade varia de 0,98 na região Norte a 2,61 médicos/1.000 habitantes na região Sudeste) e local de atuação (há três vezes mais médicos na rede suplementar do que no SUS) (18, 19).

Instituído no Brasil em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM) foi criado para prover médicos para atuar na APS do SUS. O PMM apresenta três eixos principais de ação: alocação

emergencial de médicos em áreas prioritárias e de maior vulnerabilidade social; reforma do ensino médico, com ampliação do número de vagas nas faculdades de medicina e na residência médica; e melhoria da estrutura das unidades básicas de saúde (20, 21). No primeiro ano do programa, 1.834 médicos graduados em instituições brasileiras, com cadastro no Conselho Federal de Medicina (CFM), aderiram ao mesmo. As demais vagas foram preenchidas por 1.184 intercambistas individuais (médicos estrangeiros e brasileiros formados em instituições estrangeiras, sem revalidação nacional do diploma) e por 11.150 médicos intercambistas cooperados provenientes de Cuba (cooperação internacional entre Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (20, 21). Em 2016, existiam 15.205 médicos ativos no PMM, dentre os quais 4.561 brasileiros vinculados ao CFM, 1.790 intercambistas individuais e 8.854 cooperados cubanos (22).

O objetivo do presente estudo é avaliar a associação entre o provimento de médicos do PMM e a qualidade da APS brasileira por meio da experiência dos usuários, medida pelo Instrumento PCATool-Brasil.

Metodologia

Estudo transversal, de abrangência nacional, com usuários adultos (18 anos de idade ou mais) e médicos da ESF das cinco regiões do país. O cálculo amostral foi realizado para estimar e comparar o grau de orientação à APS (Escore Geral da APS) na experiência dos usuários e sua associação com a categoria do médico aos quais estavam vinculados: cubano do PMM (grupo MMCuba), brasileiro do PMM (grupo MMBrasil) e brasileiro não pertencente ao PMM (grupo MedESF).

A amostra estimada dos usuários foi de 5.161. Considerando uma perda de 20%, o tamanho de amostra necessário foi de 6.193 usuários adultos. Para isso, assumiu-se diferença do Escore Geral da APS entre os grupos de 0,3 pontos (escore varia de 0 a 10), com um desvio-padrão de 1,7, poder estatístico de 80%, nível de significância de 5% e DEFF de 3,4. O total de

usuários foi distribuído de forma igual entre grupos de médicos, optando-se por entrevistar 12 pacientes por médico, controlando-se o efeito de dependência entre médico-paciente com estratégias de análise por clusters. Foi realizada amostragem sistemática de Unidades de Saúde da Família (um médico por cada unidade de saúde), com distribuição proporcional a presença de médicos conforme as regiões do país.

Para ser entrevistado, o médico deveria estar há pelo menos um ano na ESF selecionada e o usuário ter consultado pelo menos duas vezes com o médico selecionado, sendo que uma das consultas foi realizada no dia da entrevista. O questionário dos médicos continha variáveis sociodemográficas, de formação profissional e de avaliação do PMM. Os usuários responderam um questionário composto por variáveis sociodemográficas, de morbidade, de cuidados recebidos na ESF e pelo Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão reduzida associado a itens da versão expandida para complementar os componentes Longitudinalidade e Acesso (23, 24).

O cálculo do Escore Geral da APS foi realizado pela média aritmética das respostas dos usuários aos itens que constituem a versão reduzida do PCATool-Brasil (23). O cálculo do Escore de Acesso e do Escore de Longitudinalidade foi obtido pela média aritmética dos itens do componente (24). Os escores obtidos foram transformados em escala contínua que varia de 0-10, sendo classificados como alto escore os valores iguais ou superiores a 6,6, conforme ponto de corte definido pelo estudo de validação do instrumento (24).

Na comparação do Escore de Acesso, Escore de Longitudinalidade e Escore Geral da APS entre os grupos de médicos, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA), com o ajuste de Bonferroni para as múltiplas comparações. Considerou-se a mesma metodologia para a comparação desses escores quando estratificados por região do Brasil. Na comparação da proporção de Alto Escore (maior ou igual a 6,6) entre os grupos de médicos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, seguido, quando necessário, do teste de comparação múltipla (25).

As análises foram realizadas utilizando o módulo Complex Samples do PASW versão 18, que possibilitou incorporar a estrutura complexa da amostra, caracterizada pelas regiões do Brasil (estratos) e pela correlação entre as medidas dos usuários para cada médico eleito no estudo (conglomerados) (25). Foi considerado nível de significância de 5%.

A metodologia de análise multinível foi aplicada para observar associação do grupo de médico com o Escore Geral da APS ajustado por características sociodemográficas e de vínculo com o serviço por parte dos usuários e também por aspectos sociodemográficos e de formação dos médicos. O modelo foi constituído por dois níveis: um dos usuários, outro dos médicos. Inicialmente no modelo multivariável, foram incluídas as características de usuários e de médicos que se mostraram, individualmente, associadas ao Escore Geral da APS com p-valor $<0,20$. Posteriormente, foram excluídas as características com maiores p-valores, de forma que o modelo final contempla somente características associadas de forma ajustada ao Escore Geral da APS com p-valor $\leq 0,05$. Essa análise foi realizada utilizando o procedimento MIXED do SAS versão 9.4 (26). Os resultados foram apresentados pela estimativa do coeficiente Beta seguida do seu intervalo com 95% de confiança e pelo p-valor.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA-UFRGS), conforme parecer nº 1.219.926. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os entrevistados. Os questionários foram aplicados nas unidades de saúde, por meio de ferramenta eletrônica (tablet), por entrevistadores treinados. As informações foram transferidas de maneira anônima para análise.

Resultados

Características dos usuários e dos médicos

Entre julho e novembro de 2016, foram entrevistados 6.160 usuários (99,5% da amostra necessária, distribuída conforme região: 375 (6,1%) no Centro-Oeste, 2194 (35,4%) no Nordeste, 722 (11,7%) no Norte, 1.826 (16,8%) no Sudeste e 1043 (16,8%) no Sul) e 509

médicos (34% MMCuba, 34% MMBrasil e 32% MedESF). Em relação aos usuários, 75,8% eram mulheres, com idade média de 47,8 anos ($ep=0,2$), cor ou raça autodefinida diferente de branca (66,6%) e 42,7% pertenciam ao estrato socioeconômico D e E. Pelo menos uma doença crônica (hipertensão, diabetes, depressão ou doença pulmonar crônica) foi referida por 58,5% dos usuários, sendo que 15,6% tiveram pelo menos uma internação hospitalar no último ano. Os entrevistados realizaram em média 5,7 consultas médicas na unidade no último ano; 46,6% das consultas realizadas no dia da entrevista foram obtidas no mesmo dia, porém 29% dos entrevistados consideraram difícil conseguir atendimento médico quando julgaram necessário. Aproximadamente 77% dos usuários referem que as unidades não ficam abertas pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas e 61,3% reconhecem que seu médico faz visitas domiciliares (Tabela 1).

A média de idade dos profissionais foi de 40,1 anos e 57,6% deles eram do sexo feminino. Os médicos estavam formados há 13,9 anos, atuavam há 3,2 anos na unidade e 57,9% tinham especialização ou residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC). O grupo MMBrasil reunia médicos formados a menos tempo (6,3 anos) do que os grupos MMCuba (17,2 anos) e MedESF (18,4 anos) e o grupo MMCuba apresentava mais especialistas em MFC (89,7%) do que os grupos MMBrasil (64,1%) e MedESF (17,2%). O grupo MedESF estava atuando na unidade há mais tempo, 5,2 anos, do que os grupos do MMCuba (2,4 anos) e MMBrasil (2,2 anos) (Tabela 1).

Escores de Avaliação da APS

A média do Escore Geral da APS do Brasil foi 6,78. Embora sem diferença estatisticamente significativa (p -valor de 0,215), o Escore geral da APS no grupo MMCuba é discretamente superior à média nacional, com valor de 6,86. Foi identificado um alto Escore de Longitudinalidade no país, com valor de 7,43, porém sem diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

O Escore de Acesso do Brasil foi considerado baixo, com valor de 4,24. Houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, evidenciando um melhor Escore de Acesso no grupo MMCuba (4,43 e IC: 4,32-4,54) em relação aos grupos MMBrasil (4,08 e IC:3,98-4,18) e MedESF (4,20 e IC: 4,09-4,32), apesar da pequena diferença entre os valores dos escores (Tabela 2 e Figura 1).

No Nordeste, observou-se diferença estatisticamente significativa para o Escore Geral e para o Escore de Acesso de acordo com tipo de médico. O Escore Geral da APS, na região, foi alto para o grupo MMCuba (6,9 e IC:6,72-7,09), mas muito próximo dos escores do grupo MMBrasil (6,55 e IC: 6,33-6,77) e do grupo MedESF (6,51 e IC:6,23-6,79) (Tabela 2).

Não houve diferença estatisticamente significativa na proporção de alto ou baixo Escore Geral da APS avaliado para todo país. Na região Nordeste, foi observada diferença significativa (p-valor de 0,049) entre os grupos, com maior proporção de alto Escore Geral no grupo MMCuba (58,8%) do que no grupo MMBrasil (51,8%) e grupo MedESF (52,1%) (Tabela 3).

A diferença entre os grupos de médicos foi identificada na proporção do Escore de Acesso. A proporção entre alto Escore de Acesso do Brasil e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi maior no grupo MMCuba do que nos demais grupos de médicos (Tabela 3).

Características dos usuários e profissionais que influenciam nos Escores de APS

Na análise univariável, observou-se que os fatores associados ao Escore Geral da APS são: usuários – idade, estrato socioeconômico, presença de doenças crônicas, número de consultas na unidade e se o médico realiza visita domiciliar; variáveis dos médicos – sexo, tempo de formado em medicina e número médio de consultas por turno de 4 horas (Tabela 4). As variáveis que permaneceram no modelo multivariável foram: idade do usuário (categorizada em tercis), estrato socioeconômico, presença de uma ou mais doenças crônicas (entre hipertensão, diabetes, depressão e doença pulmonar crônica), o médico realizar visita domiciliar e o tempo de formado do médico (Tabela 4). A variável mais expressiva no modelo foi “o Dr.

realiza visita domiciliar”, impactando em um incremento significativo de 1,17 pontos no Escore Geral da APS (Tabela 4). A variável “número de consultas na unidade nos últimos 12 meses” foi removida do modelo multivariável por apresentar colinearidade com a variável que expressa o perfil de doenças do usuário.

Discussão

A relevância deste estudo encontra-se em avaliar a APS brasileira de maneira objetiva, conforme seus atributos definidores, e com uma grande amostra (6.160 pessoas entrevistadas de 6.193 necessárias). Aponta um avanço discreto na qualidade da APS nos últimos anos ao comparar o Escore Geral medido com o instrumento PCATool-Brasil versão reduzida com estudos anteriores, de âmbito local (10-14). Além disso, o provimento emergencial de médicos do PMM está associado a pequeno aumento no Escore de Acesso, um dos pontos críticos para a qualidade da APS brasileira, com maior proporção de alto escore em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica (Norte, Nordeste e Centro-Oeste). O Escore Geral da APS e seu componente Longitudinalidade ultrapassaram o ponto de corte para alto escore, porém com valores ainda muito próximos do limite, demonstrando um amplo espaço para fortalecimento da APS no país. Foi possível identificar que a atuação do médico – número de consultas e realização de visitas domiciliares – teve mais influência no Escore Geral do que sua especialização. A presença de doenças crônicas, idade mais avançada e estrato socioeconômico A, B e C dos usuários também influenciaram positivamente no Escore Geral da APS. Importante salientar que o tipo de médico, cubano ou brasileiro, não apresentou associação de magnitude importante sobre os escores de APS medidos.

Entre as limitações do estudo, o Escore de Acesso e Longitudinalidade podem estar superestimados pois a coleta foi realizada com população que já consultava na unidade (suplantando outras barreiras de acesso) e com médico que atuava há pelo menos um ano no local (não expressando a realidade de unidades com maior rotatividade profissional). Outra

limitação relaciona-se à avaliação do efeito da especialização, já que o processo de residência médica é diverso entre Brasil e Cuba.

Revisão sistemática de estudos realizados com o PCATool-Brasil evidenciou heterogeneidade da APS, com variação na amplitude do Escore Geral obtido em diversos municípios (10). Harzheim et. al. e Oliveira et. al. identificaram maior fragilidade especialmente nos componentes de Acesso e Integralidade (serviços prestados) (11,12). Em concordância com essas pesquisas, este estudo mostra que o Escore de Acesso continua baixo em todo o país. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que apresentam maior vulnerabilidade socioeconômica e escassez de médicos, evidenciou-se maiores proporções de alto Escore de Acesso no grupo MMCuba em relação aos demais grupos, um discreto avanço no alcance da equidade, objetivo da APS, definido por Starfield (6, 7, 21, 27). Um aumento no Escore de Acesso sugere fortalecimento desse atributo nessas regiões, contudo, em análise multivariável, estratos econômicos mais baixos (D e E) diminuía a pontuação do Escore Geral, mostrando uma potencial persistência na fragilidade do cuidado oferecido a esse perfil de população.

A APS no Brasil possui grandes dificuldades para alcançar acesso real aos usuários. Estudos mostram que o PMM tem contribuído para o aumento da assistência médica no país, também identificada pela redução de municípios com escassez de médicos (4, 7). No presente estudo, a média de consultas médicas na unidade de saúde no último ano foi quase o dobro da média nacional de consultas/habitante/ano (15). O resultado, contudo, não reflete necessariamente aumento no acesso a consultas para toda população, podendo estar associado à maior utilização por parte dos usuários que já consultam na unidade, com realização de revisões frequentes, no caso de pessoas com doenças crônicas estáveis.

Estudo nacional de Fausto et. al. identificou dificuldades no acesso para marcação de consultas – apenas 28% dos usuários conseguiam agendar consulta a qualquer momento e

30,8% pegavam fichas e faziam fila antes da unidade abrir – e para atendimento de urgências/emergências –35% dos usuários não buscaram a unidade pois estava fechada (17). Em nosso estudo, quase metade das consultas realizadas no dia da entrevista foram obtidas naquele mesmo dia, contudo, um terço dos usuários referiram que era difícil conseguir atendimento quando necessário e menos de 10% identificavam que suas unidades prestavam atendimento em horário estendido. Em países com APS forte, estratégias para melhorar o acesso são realizadas com a ampliação do horário de atendimento fora do convencional. É o caso do Canadá e do Reino Unido, que fornecem atendimento em APS 24 horas por dia e por meio de telessaúde, como canal telefônico para fornecer orientações de saúde, ou da Espanha, que mantém turnos estendidos até as 21 horas (28-30).

Observamos que, embora os médicos do PMM estivessem a menos tempo nas unidades, o Escore de Longitudinalidade não foi inferior para esses profissionais. O vínculo estabelecido com o serviço, baseado no território, pode ser um fator facilitador desse processo. Conceitualmente, a longitudinalidade é definida como uma relação pessoal e de longa duração entre os profissionais de saúde e usuários do serviço, que serve como referência para as pessoas, independente da presença de problemas específicos de saúde (27). Países como Canadá, Reino Unido e Austrália, têm optado por fortalecer a longitudinalidade pelo vínculo do usuário com um MFC de sua escolha, não necessariamente próximo a sua residência, que é responsável por uma lista restrita de pacientes com cerca de 1.500 usuários (28,29,31). No Brasil, a obrigatoriedade de atendimento em território e a responsabilidade da unidade para atender cerca de 3.000 pessoas podem estar prejudicando a melhora da longitudinalidade e do acesso.

Na análise multinível, a especialidade do médico não apresentou relevância significativa sobre o Escore Geral da APS, apesar de a amostra não ter sido calculada para essa associação. Castro et. al. e Chomatas et. al., entretanto, encontraram associação positiva entre possuir especialização em APS e alto Escore Geral (13,14). As evidências internacionais também

apontam nessa direção, mostrando que existe melhores resultados em saúde onde há maior densidade de MFCs por população do que maior densidade de outros especialistas (27, 32). Embora não se tenha encontrado associação com a especialidade, a realização de visita domiciliar, uma das tarefas intrínsecas de um médico da APS, teve associação direta com maior pontuação do Escore Geral, mostrando que as funções básicas da especialidade interferem na qualidade da APS (33-35).

Embora o PMM tenha proporcionado aumento de médicos especialistas em APS, as limitações de estrutura local e rede de atenção podem minimizar o potencial de eficiência e resolutividade das ações dos MFC (32). Giovanella et. al. identificaram essa heterogeneidade na estrutura ao estudar 38.812 unidades de saúde no país, pois somente 4,8% apresentavam todas as dimensões necessárias para seu melhor funcionamento e 44,1% não apresentavam equipamentos e insumos básicos suficientes (4). Estudo sobre a infraestrutura das unidades de saúde que receberam médicos do PMM aponta que 62,5% delas apresentavam infraestrutura de média qualidade e 5,8% com qualidade baixa (5).

A heterogeneidade na qualidade da APS no Brasil pode ser explicada, entre diversos outros fatores de estrutura e gestão, pela dificuldade de fixação de médicos em unidades de saúde, especialmente em regiões mais remotas, e ao número reduzido de médicos com formação especializada para trabalhar na APS (7,18). Esses dois fatores fragilizam a qualidade do cuidado médico, limitando a sua potencial efetividade e reduzindo o grau de resolutividade clínica das equipes. Contudo, a qualidade da APS de um país é também influenciada por elementos de estrutura, como instalações, equipamentos, organização da rede de atenção, que agem hierarquicamente sobre os processos (atributos definidores) e resultados de saúde (29,32).

Conclusões

Aumentar o Grau de orientação da APS no Brasil (Escore Geral da APS) requer ações que vão além da provisão emergencial de médicos. Com base em experiências de outros países

com APS forte, é necessário criar mecanismos para facilitar o acesso – como ampliação de horários de atendimento e uso da telemedicina – melhorar a relação de longitudinalidade entre os usuários e médicos – como lista de usuários vinculados a um MFC de sua preferência e que apresente um número plausível de pessoas por quem é responsável – aumentar a densidade de Médicos de Família e Comunidade, o investimento na infraestrutura e a organização da rede de atenção para que as ações do médico sejam mais efetivas e resolutivas.

Entre as limitações do estudo, o Escore de Acesso e Longitudinalidade podem estar superestimados, não expressando a real dificuldade no acesso e em manter vínculo com profissionais que apresentam alta rotatividade na ESF. Além disso, não é possível mensurar a diferença na formação entre os médicos, que poderiam impactar na qualidade do serviço prestado. Contudo, esse estudo mostra que a estratégia nacional para alocação de médicos está associada a maior Escore de Acesso, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica e com escassez de médicos. Pode-se afirmar que o tipo de médico, cubano ou brasileiro, não influenciou diferentemente na qualidade da APS prestada. O grau de orientação da APS (Escore Geral) do Brasil e seu componente Longitudinalidade ultrapassaram levemente o ponto de corte para a categorização de um alto escore, apontando necessidade de novas intervenções para fortalecer a APS no Brasil, como reforçar os papéis fundamentais do médico (visitas domiciliares em situações necessárias) e aprimorar o acesso das populações de maior vulnerabilidade socioeconômica, de pessoas mais jovens e sem problemas de saúde estabelecidos. Novos estudos são importantes para avaliar elementos de estrutura (qualidade técnica dos profissionais, equipamentos disponíveis, entre outros) e processo (analisando os componentes do PCATool-Brasil com sua versão expandida), que possam influenciar na qualidade da APS brasileira.

Conflitos de Interesses

Estudo proposto por pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da

faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e financiado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Os autores declaram ter avaliado os dados conforme evidências, não havendo conflito de interesses.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em 28 de julho de 2018.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017;22 set;Seção 1:68. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acessado em 28 de julho de 2018.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em 28 de julho de 2018.
4. Giovanella L, Mendonça MH, Fausto MC, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, et al. Emergency supply of doctors by the Mais Médicos (More Doctors) Program and the quality of the structure of primary health care facilities. Cien Saude Colet. 2016 Sep;21(9):2697-708.

5. Giovanella L, Bousquat A, Fausto MCCR, Fusaro RE, Mendonça MHM, Gagno J. Novos caminhos: tipologia das unidades básicas de saúde brasileiras. Nota Técnica 5/2015. [place unknown]: Região e Redes: Caminho da Universalização da Saúde da Saúde no Brasil; 2015. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/09/NovosCaminhos05_ValeEste.pdf. Acessado em 28 de julho de 2018.
6. Girardi SN, editor. Identificação de áreas de escassez em recursos humanos em saúde: relatório final de atividades. Belo Horizonte: UFMG; 2012. Disponível em: http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Relate_Pesquisa/Identifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20C3%A1reas%20de%20escassez%20de%20RHS%20no%20Brasil.pdf. Acessado em 28 de julho de 2018.
7. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria EO. Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian Primary Healthcare. Cien Saude Colet. 2016 Sep;21(9):2675-2684.
8. Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12947>. Acessado em 28 de julho de 2018.
9. Gonçalves MR. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/13199>. Acessado em 28 de julho de 2018.

10. D'Avila OP, Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Cien Saude Colet.* 2017 Mar;22(3):855-865.
11. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Assessment of child and adult users of the degree of orientation of Primary Healthcare in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet.* 2016 May;21(5):1399-1408.
12. Oliveira MMC. Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12649>. Acessado em 28 de julho de 2018.
13. Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1772-1784.
14. Chomatas E, Vigo A, Marty I, Hauser L, Harzheim E. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):294-303.
15. Brasil. Ministério da Saúde. IBD 2012 Brasil. Indicadores de cobertura: número de consultas médicas (SUS) por habitante. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f01.def>. Acessado em 28 de julho de 2018.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Statistics: Health care utilisation [Internet]. Paris: OECD; 2018. Disponível em: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC. Acessado em 28 de Julho de 2018.

17. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014; 38:13-33.
18. Scheffer M, editor. *Demografia médica no Brasil 2015*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2015. Disponível em: <http://www.usp.br/agen/wp-content/uploads/DemografiaMedica30nov2015.pdf>. Acessado em 28 de julho de 2018.
19. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year) and Density per 1000 Data by country. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/. Acessado em 29 de julho de 2018.
20. Brasil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013;23 out; Seção 1:1.
21. Oliveira JPA, Sanchez MN, Santos LMP. The Mais Médicos (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. *Cien Saude Colet*. 2016 Sep;21(9):2719-2727.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 193/2018-CGPS/DEPREPS/SGTES/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
23. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-63.
24. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et L. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):274-84.

25. Zar JH. Biostatistical analysis. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
26. Brown H, Prescott R. Applied mixed models in models. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.
27. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.
28. Marchildon GP. Canada: Health system review. Health Syst Transit. 2013;15(1):1-179.
29. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Syst Transit. 2015; 17(5): 1-125.
30. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Syst Transit. 2010;12(4):1-295.
31. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2016. Canberra: AIHW; 2016. Disponível em:
<http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=60129555788>. Acessado em 29 de julho de 2018.
32. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. London: The European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
33. Trindade TG, Batista SR. Family and Community Medicine: now more than ever! Cien Saude Colet. 2016 Sep;21(9):2667-9.
34. Wonca Europe. The European definition of general practice / family medicine. Barcelona: WONCA Europe; 2011. Disponível em:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%20011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>. Acessado em 29 de julho de 2018.
35. Arias-Castillo L, Toro CB, Freifer S, Fernández MA. Perfil do médico de família e

comunidade definição ibero-americana [Internet]. Santiago de Cali: Confederação Iberoamericana de Medicina de Família e Comunidade; 2010 [citado em 2018 Jul 30]. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/perfil_mfc.pdf. Acessado em 29 de julho de 2018.

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas, histórico de saúde e de atendimento referidas pelos usuários adultos e descrição das características sociodemográficas, de formação e trabalho dos médicos cubanos e brasileiros participantes do PMM e médicos da ESF [n(%) ou média(ep)] da Estratégia Saúde da Família, Brasil, 2016.

Características	Geral	MMCuba	MMBrasil	MedESF
	n = 6 160	n = 2 087	n = 2 062	n = 2 011
Características Usuários Sociodemográficas				
<i>Sexo</i>				
Feminino	4 667 (75,8)	1 613 (77,3)	1 550 (75,2)	1 504 (74,8)
Masculino	1 493 (24,2)	474 (22,7)	512 (24,8)	507 (25,2)
<i>Idade (anos)</i>				
	47,8 (0,2)	47,0 (0,5)	47,9 (0,4)	48,5 (0,5)
<i>Cor ou raça</i>				
Não branca	4 105 (66,6)	1 366 (65,5)	1 426 (69,2)	1 313 (65,3)
Branca	2 055 (33,4)	721 (34,5)	636 (30,8)	698 (34,7)
<i>Região do país da unidade de saúde</i>				
Centro-Oeste	375 (6,1)	132 (6,3)	133 (6,4)	110 (5,5)
Nordeste	2 194 (35,6)	745 (35,7)	761 (36,9)	688 (34,2)
Norte	722 (11,7)	252 (12,1)	245 (11,9)	225 (11,2)
Sudeste	1 826 (29,7)	597 (28,6)	589 (28,6)	640 (31,8)
Sul	1 043 (16,9)	361 (17,3)	334 (16,2)	348 (17,3)
<i>Estrato socioeconômico</i>				
Estrato A,B e C	3 528 (57,3)	1 141 (54,7)	1 177 (57,1)	1 210 (60,2)
Estrato D e E	2 632 (42,7)	946 (45,3)	885 (42,9)	801 (39,8)
Histórico de Saúde/ Experiência na US				
<i>Presença de pelo menos uma doença crônica</i>				
Sim	3 598 (58,5)	1 197 (57,4)	1 213 (58,9)	1 188 (59,1)
Não	2 556 (41,5)	887 (42,6)	848 (41,1)	821 (40,9)
<i>≥ 1 internação hospitalar no último ano</i>				
Sim	961 (15,6)	320 (15,3)	320 (15,5)	321 (16,0)
Não	5 199 (84,4)	1 767 (84,7)	1 742 (84,5)	1 690 (84,0)
<i>Número de consultas médicas na US no último ano (média)</i>				
	5,7 (0,1)	5,9 (0,1)	5,7 (0,1)	5,5 (0,1)

<i>Tipo de consulta no dia da entrevista</i>				
Agendada	3 287 (53,4)	1 005 (48,2)	1 210 (58,7)	1 072 (53,3)
Obtida no mesmo dia	2 873 (46,6)	1 082 (51,8)	852 (41,3)	939 (46,7)
<i>É difícil para você conseguir atendimento com o médico quando pensa que é necessário?</i>				
Com certeza sim/provavelmente sim	1 785 (29,0)	553 (26,5)	644 (31,3)	588 (29,2)
Com certeza não/provavelmente não	4 319 (70,1)	1 518 (72,8)	1 397 (67,7)	1 404 (69,8)
Não sabe/não lembra	56 (0,9)	16 (0,7)	21 (1,0)	19 (1,0)
<i>A unidade fica aberta pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?</i>				
Com certeza sim/provavelmente sim	466 (7,5)	147 (7,0)	162 (7,8)	158 (7,8)
Com certeza não/provavelmente não	4 735 (76,9)	1 644 (78,8)	1 556 (75,5)	1 535 (76,4)
Não sabe/não lembra	959 (15,6)	296 (14,2)	345 (16,7)	318 (15,8)
<i>O Dr. realiza visita domiciliar</i>				
Sim	3 777 (61,3)	1 348 (64,6)	1 224 (59,4)	1 205 (59,9)
Não/Não sabe	2 383 (38,7)	739 (35,5)	838 (40,6)	806 (40,1)
	n = 509	n = 174	n = 173	n = 162
Características dos Médicos				
<i>Idade do médico(a)</i>	40,1 (0,5)	41,9 (0,6)	33,5 (0,8)	45,3 (1,1)
<i>Sexo do(a) médico(a)</i>				
Feminino	293 (57,6)	117 (67,2)	90 (52,0)	86 (53,1)
Masculino	216 (42,4)	57 (32,8)	83 (48,0)	76 (46,9)
<i>Tempo (em anos) formado em medicina (média)</i>				
	13,9 (0,5)	17,2 (0,6)	6,3 (0,7)	18,4 (1,1)
<i>Especialidade do Médico</i>				
Residência em MFC	158 (31,0)	136 (78,2)	8 (4,6)	14 (8,6)
Especialização em MFC	137 (26,9)	20 (11,5)	103 (59,5)	14 (8,6)
Residência ou Especialização diferente de MFC	127 (25,0)	17 (9,8)	24 (13,9)	86 (53,1)
Nenhuma residência ou especialização	87 (17,1)	1 (0,6)	38 (22,0)	48 (29,6)
<i>Outro vínculo empregatício</i>				
Não	294 (57,8)	172 (98,9)	76 (43,9)	46 (28,4)
Sim	215 (42,2)	2 (1,1)	97 (56,1)	116 (71,6)

<i>Tempo (em anos) de atuação na unidade de saúde</i>	3,2 (0,1)	2,4 (0,0)	2,2 (0,1)	5,2 (0,3)
<i>Número médio de atendimentos por turno de 4 horas</i>				
Até 12	135 (26,5)	52 (29,9)	56 (32,4)	27 (16,7)
13 a 15	139 (27,3)	51 (29,3)	47 (27,2)	41 (25,3)
16 a 18	131 (25,7)	48 (27,6)	45 (26,0)	38 (23,5)
19 ou mais	103 (20,2)	23 (13,2)	25 (14,5)	55 (34,0)

ESF: Estratégia de Saúde da Família; PMM: Programa Mais Médicos ep: erro padrão.

Dados obtidos pelos autores a partir deste estudo original.

Tabela 2: Estimativas pontuais e por intervalo para o Escore médio Geral^a, o Escore médio de Acesso^a e a Escore médio de Longitudinalidade^a na avaliação dos usuários adultos da ESF que consultam com médicos cubanos (MMCuba) e brasileiros (MMBrasil) participantes do PMM e médicos não vinculados ao PMM (MedESF) [média (IC 95%)], Brasil, 2016.

Estado/Região	Grupo do médico	Score Geral da APS	Score de Acesso	Score de Longitudinalidade
		Média (IC 95%)	Média (IC 95%)	Média (IC 95%)
Brasil	Geral	6,78 (6,71; 6,84)	4,24 (4,18; 4,30)	7,43 (7,37; 7,49)
	MMCuba	6,86 (6,75; 6,97)	4,43 (4,32; 4,54)	7,38 (7,27; 7,50)
	MMBrasil	6,74 (6,63; 6,85)	4,08 (3,98; 4,18) ^c	7,43 (7,33; 7,53)
	MedESF	6,73 (6,60; 6,86)	4,20 (4,09; 4,32) ^c	7,48 (7,36; 7,60)
	p-valor ^b	0,215	< 0,001	0,529
Norte	Geral	6,44 (6,23; 6,65)	3,98 (3,78; 4,19)	6,99 (6,73; 7,25)
	MMCuba	6,39 (6,05; 6,74)	4,31 (3,98; 4,64)	6,75 (6,25; 7,25)
	MMBrasil	6,63 (6,36; 6,90)	3,83 (3,50; 4,17)	7,17 (6,85; 7,49)
	MedESF	6,28 (5,82; 6,74)	3,77 (3,41; 4,13)	7,07 (6,59; 7,54)
	p-valor ^b	0,33	0,057	0,379
Nordeste	Geral	6,66 (6,55; 6,76)	4,20 (4,10; 4,31)	7,30 (7,20; 7,39)
	MMCuba	6,90 (6,72; 7,09)	4,48 (4,26; 4,71)	7,36 (7,20; 7,53)
	MMBrasil	6,55 (6,33; 6,77) ^c	3,94 (3,77; 4,11) ^c	7,24 (7,08; 7,41)
	MedESF	6,51 (6,23; 6,79) ^c	4,20 (3,94; 4,46)	7,28 (7,01; 7,55)
	p-valor ^b	0,018	0,001	0,601
Sudeste	Geral	6,85 (6,71; 6,99)	4,27 (4,14; 4,40)	7,49 (7,36; 7,62)
	MMCuba	6,90 (6,56; 7,24)	4,38 (4,17; 4,58)	7,48 (7,28; 7,69)
	MMBrasil	6,72 (6,46; 6,99)	4,24 (4,01; 4,47)	7,45 (7,21; 7,69)
	MedESF	6,84 (6,60; 7,08)	4,19 (3,97; 4,42)	7,55 (7,32; 7,78)
	p-valor ^b	0,314	0,449	0,833
Sul	Geral	7,14 (6,95; 7,32)	4,36 (4,20; 4,52)	7,89 (7,72; 8,06)
	MMCuba	6,90 (6,59; 7,21)	4,42 (4,12; 4,72)	7,60 (7,28; 7,92)
	MMBrasil	7,18 (6,87; 7,49)	4,24 (4,00; 4,48)	8,04 (7,78; 8,30)
	MedESF	7,35 (7,05; 7,64)	4,42 (4,14; 4,70)	8,04 (7,76; 8,32)
	p-valor ^b	0,146	0,525	0,075
Centro-Oeste	Geral	6,68 (6,38; 6,98)	4,35 (4,01; 4,69)	7,41 (7,11; 7,70)
	MMCuba	6,71 (6,08; 7,34)	4,5 (3,76; 5,25)	7,56 (6,89; 8,23)
	MMBrasil	6,89 (6,51; 7,27)	4,14 (3,66; 4,63)	7,33 (6,87; 7,78)

MedESF	6,39 (5,93; 6,84)	4,41 (4,03; 4,80)	7,31 (7,07; 7,55)
p-valor ^b	0,246	0,609	0,777

^a Escore varia de 0 a 10

^b Associado à análise de variância (ANOVA)

^c p-valor<0,05 na comparação múltipla de Bonferroni, considerando MM Cuba categoria de referência

Dados obtidos pelos autores a partir deste estudo original.

Tabela 3 - Proporção entre Alto ou Baixo Escore Geral da APS ^a, Escore de Longitudinalidade ^a e Escore de Acesso ^a na avaliação de usuários adultos das unidades de saúde com médicos cubanos e brasileiros participantes do Programa Mais Médicos e médicos das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratificada por região do Brasil, 2016.

Estado/Região	Grupo do médico	Escore Geral da APS			Escore de Longitudinalidade			Escore de Acesso		
		Baixo	Alto	p-valor ^b	Baixo	Alto	p-valor ^b	Baixo	Alto	p-valor ^b
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Brasil	MMCuba	867 (41,7)	1 212 (58,3)	0,643	623 (29,9)	1 463 (70,1)		1870 (90,4)	199 (9,6)	
	MMBrasil	894 (43,5)	1 162 (56,5)		601 (29,1)	1 461 (70,9)	0,812	1910 (93,9)	125 (6,1)^c	0,001
	MedESF	865 (43,1)	1 140 (56,9)		576 (28,6)	1 435 (71,4)		1859 (93,2)	135 (6,8)^c	
Norte	MMCuba	138 (54,8)	114 (45,2)	0,241	119 (47,4)	132 (52,6)		233 (92,8)	18 (7,2)	
	MMBrasil	110 (45,3)	133 (54,7)		80 (32,7)	165 (67,3)	0,110	233 (97,5)	6 (2,5)^c	0,020
	MedESF	122 (54,2)	103 (45,8)		87 (38,7)	138 (61,3)		216 (97,3)	6 (2,7)^c	
Nordeste	MMCuba	306 (41,2)	436 (58,8)	0,049	220 (29,5)	525 (70,5)		662 (90,2)	72 (9,8)^d	
	MMBrasil	366 (48,2)	393 (51,8)^c		257 (33,8)	504 (66,2)	0,233	713 (94,7)	40 (5,3)^c	0,020
	MedESF	329 (47,9)	358 (52,1)^c		230 (33,4)	458 (66,6)		629 (91,7)	57 (8,3)^d	
Sudeste	MMCuba	217 (36,4)	379 (63,6)	0,076	154 (25,8)	443 (74,2)		540 (91,4)	51 (8,6)	
	MMBrasil	259 (44,1)	328 (55,9)		171 (29,0)	418 (71,0)	0,471	534 (91,8)	48 (8,2)	0,080
	MedESF	256 (40,2)	381 (59,8)		163 (25,5)	477 (74,5)		600 (94,9)	32 (5,1)	
Sul	MMCuba	143 (39,6)	218 (60,4)	0,077	93 (25,8)	268 (74,2)		323 (89,5)	38 (10,5)	
	MMBrasil	109 (32,6)	225 (67,4)		55 (16,5)	279 (83,5)^c	0,044	302 (91,8)	27 (8,2)	0,480
	MedESF	101 (29,2)	245 (70,8)		59 (17,0)	289 (83,0)^c		310 (89,3)	37 (10,7)	
Centro-Oeste	MMCuba	63 (49,2)	65 (50,8)	0,236	37 (28,0)	95 (72,0)		112 (84,8)	20 (15,2)	
	MMBrasil	50 (37,6)	83 (62,4)		38 (28,6)	95 (71,4)	0,708	128 (97,0)	4(3,0)^c	0,010
	MedESF	57 (51,8)	53 (48,2)		37 (33,6)	73 (66,4)		104 (97,2)	3 (2,8)^c	

^a Alto \geq 6,6 pontos; Baixo < 6,6 pontos

^b Associado à estatística de teste qui-quadrado

^c p-valor <0,05, associado à comparação múltipla, sendo MMCuba a categoria de referência

^d p-valor <0,05, associado à comparação múltipla, sendo MMBrasil a categoria de referência
Dados obtidos pelos autores a partir deste estudo original.

Tabela 4: Modelo Univariável e Multivariável das características associadas com o Escore Geral^a da Atenção Primária à Saúde na Estratégia Saúde da Família por meio da metodologia de análise multinível, Brasil, 2016.

Características	Modelo Univariável		Modelo Multivariável ^b	
	B ^c (IC 95%)	Valor-p ^d	B (IC 95%) ^c	Valor-p ^d
Grupo de médico				
MMCuba	0	-	0	-
MMBrasil	-0,12 (-0,31 ; 0,07)	0,195	-0,27 (-0,51 ; -0,02)	0,064
MedESF	-0,13 (-0,32 ; 0,07)	0,228	-0,09 (-0,28 ; 0,10)	0,378
Características Usuários				
<i>Sexo</i>				
Masculino	0			
Feminino	-0,06 (-0,16; 0,03)	0,200		
<i>Idade</i>				
18 a 38 anos	0	-	0	-
39 a 57 anos	0,19 (0,09; 0,29)	<0,001	0,15 (0,03;0,27)	0,018
58 anos ou mais	0,21 (0,10; 0,31)	<0,001	0,15 (0,01;0,28)	0,031
<i>Cor ou raça</i>				
Branca	0			
Não branca	-0,02 (-0,11;0,07)	0,690		
<i>Estrato socioeconômico</i>				
D e E	0		0	0,020
A, B e C	0,11 (0,02 ; 0,20)	0,020	0,12 (0,02 ; 0,23)	
<i>Presença de ≥ 1 doença crônica^e</i>				
Não	0	<0,001	0	0,002
Sim	0,26 (0,17 ; 0,34)		0,17 (0,06 ; 0,28)	
<i>Nº de consultas na US no último ano</i>				
Até 3	0	-		
4 a 6	0,48 (0,38;0,58)	<0,001		
7 ou mais	0,75 (0,64;0,85)	<0,001		
<i>≥ 1 internação hospitalar no último ano</i>				
Não	0			
Sim	0,08 (-0,04; 0,20)	0,180		
<i>O Médico realiza visita domiciliar</i>				
Não	0	<0,001	0	<0,001
Sim	1,20 (1,06; 1,34)		1,17 (1,03; 1,31)	

Características Médicos

<i>Sexo</i>					
Masculino	0		0,002		
Feminino	0,24 (0,08; 0,39)				
<i>Tempo de formado</i>					
22 ou mais	0	-	0	-	
10 a 21 anos	0,32 (-0,09; 0,54)	0,004	0,32 (0,11; 0,54)	0,003	
4 a 9 anos	0,21 (0,00; 0,42)	0,049	0,27 (0,05; 0,49)	0,016	
Até 3 anos	0,18 (-0,04; 0,40)	0,113	0,19 (-0,08; 0,46)	0,160	
<i>Formação</i>					
Residência MFC	0	-			
Especialização MFC	-0,02 (-0,22;0,19)	0,8761			
Residência ou especialização diferente de MFC	-0,22 (-0,43;-0,01)	0,0588			
Nenhuma residência ou especialidade	-0,07 (-0,30;0,16)	0,5485			
<i>Outro vínculo empregatício</i>					
Não	0		0,023		
Sim	0,18 (0,03; 0,34)				
<i>Número médio de consultas por turno de 4 horas</i>					
Até 12	0	-	0	-	
13 a 15	0,01 (-0,21; 0,20)	0,966	0,04 (-0,17;0,25)	0,697	
16 a 18	-0,06 (-0,27; 0,16)	0,607	-0,08 (-0,29;0,13)	0,448	
19 ou mais	-0,33 (-0,56; -0,10)	0,004	-0,34 (-0,57;-0,11)	0,003	
<i>Satisfação com o trabalho</i>					
Muito satisfeito /satisfeito	0		0,173		
Insatisfeito/muito insatisfeito	-0,11 (-0,27;0,05)				

^a Varia de 0 a 10

^b Apresentação das variáveis que se mantiveram no modelo final

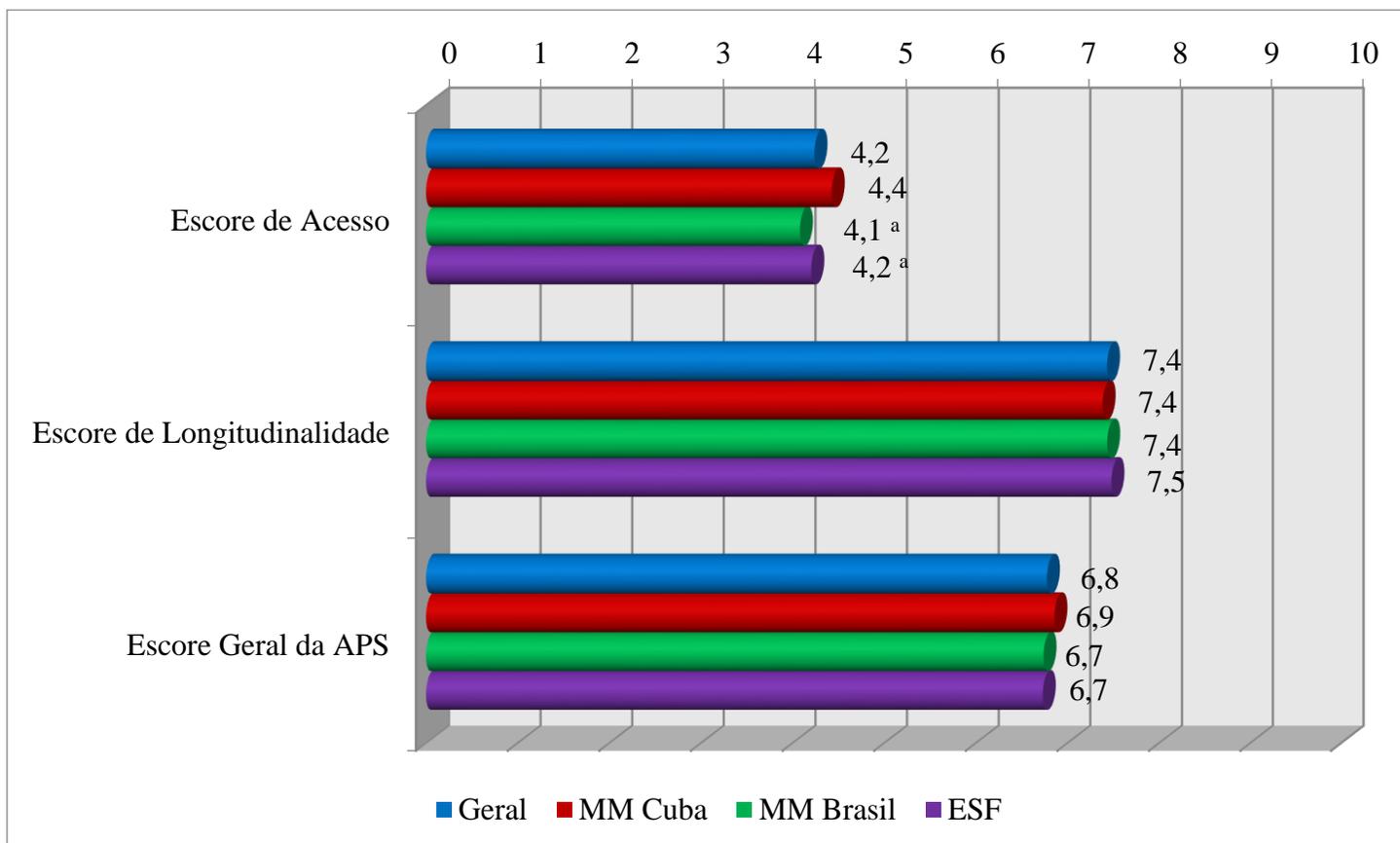
^c B: coeficiente Beta do modelo

^d Associado ao modelo multinível de efeito aleatório

^e hipertensão, diabetes mellitus, depressão ou doença pulmonar crônica.

Dados obtidos pelos autores a partir deste estudo original

Figura 1 – Estimativas pontuais do Escore médio de Acesso, Escore médio de Longitudinalidade e Escore médio Geral da APS na avaliação dos usuários adultos que consultam com médicos cubanos (MMCuba) e brasileiros (MMBrasil) vinculados ao PMM e médicos brasileiros não vinculados ao PMM (MedESF), Brasil, 2016



^a p<0,05 na comparação múltipla de Bonferroni, considerando MM Cuba categoria de referência
 Dados obtidos pelos autores a partir deste estudo original.

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia nacional para alocação emergencial de médicos mostrou-se efetiva para aumentar o Escore de Acesso, principalmente em regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica e com escassez de médicos (região Nordeste, Nordeste e Centro-Oeste), mais ainda com necessidade de melhorar o cuidado de pessoas pertencentes à estrato socioeconômico inferior (D e E).

O grau de orientação da APS (Escore Geral) do Brasil, e seu componente longitudinalidade, ultrapassaram levemente o ponto de corte para a categorização de um alto escore, mostrando que, além do provimento de médicos, existem outros componentes que necessitam de intervenção para promover o fortalecimento da APS no país.

Com base na experiência de países com APS forte, melhorar a qualidade da APS requer ações em diversas áreas como: promover cuidados de APS fora do horário comum de atendimento, desenvolver modelos de cuidado baseado em ações multidisciplinares, aumentar força de trabalho qualificada na APS, vincular pagamento a melhores qualidades de cuidado e investimento em infraestrutura.

Para fortalecimento da APS no Brasil, além de aumentar a densidade de Médicos de Família e Comunidade, deve-se investir em melhora na estrutura das unidades, para que a ação do MFC possa ser mais efetiva e resolutiva. A melhor estrutura das unidades torna o ambiente da APS mais atrativo para a retenção de profissionais, mas também é visto que outros países utilizam de incentivos financeiros para atrair e reter profissionais em regiões de maior escassez ou maior vulnerabilidade socioeconômica.

As evidências apontam que a qualidade do acesso influencia na redução de internações hospitalares por condições sensíveis a ação da APS, redução de desigualdades socioeconômicas e raciais em saúde, além de melhores desfechos gerais de saúde. Algumas estratégias de

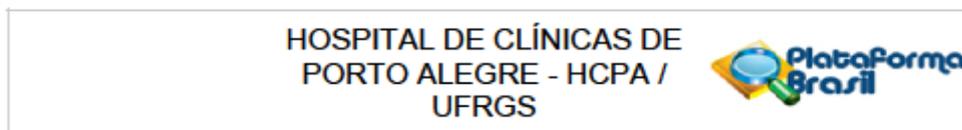
ampliação do acesso, utilizadas por países com APS forte, poderiam ser aplicadas no nosso país como: horário de atendimento estendido até as 21h (realizado na Espanha), ações de telemedicina (por linhas telefônicas ou teleconsulta realizadas no Reino Unido, Canadá, Dinamarca) e também por unidades de atendimento para livre demanda (como a estratégia 24/7 do Canadá), permitindo assim suprir a necessidade do usuário no momento que surge e evitando procura desnecessárias a serviços de urgência e emergência.

Países com APS forte também investem na relação de confiança entre o médico e o usuário, ao permitir que a pessoa escolha seu Médico de Família e Comunidade, não necessariamente próximo a sua residência. As evidências apontam benefícios em se manter o vínculo com um profissional, em vez de um lugar específico. Além disso, a lista de usuários por médico é em torno de 1500 usuários e a ação de coordenação é mantida pois para acessar outros níveis de atenção é necessário encaminhamento por meio desse médico. O número de usuários que a ESF é responsável (3000 a 4000 pessoas) dificulta o acesso dos mesmos para conseguirem consulta, além de diminuir a possibilidade do desenvolvimento de uma relação pessoal entre os médicos e os usuários.

Portanto, é imprescindível o início da ação em outros componentes que interferem na qualidade da APS como ampliação do acesso por horário estendido de atendimento, vínculo estabelecido com um MFC que tenha uma lista em torno de 1500 usuários, melhorar a estrutura das unidade e os incentivos para aumentar a densidade de MFCs no país. Essas medidas possibilitarão melhorar o grau de orientação da APS do Brasil e, conseqüentemente, a saúde da população.

ANEXOS

a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pesquisa de Avaliação do Projeto Mais Médicos

Pesquisador: Erno Harzheim

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48853615.8.0000.5327

Instituição Proponente: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAUDE/ORGANIZACAO MUNDIAL DA SAUDE - OPAS/OMS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.219.928

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto proposto pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e apoiado pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como uma estratégia populacional, é o comprometimento dos governos para atender às necessidades em saúde da população por meio de serviços de atenção primária e sua relação com outros serviços de saúde e serviços – e/ou políticas – sociais. A APS vista como o primeiro nível de atenção é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade (abrangência) da atenção e a coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

De acordo com o pesquisadores, uma das causas da heterogeneidade da qualidade apresentada pela APS no Brasil se deve ao número reduzido de médicos com formação especializada para trabalhar em APS (no Brasil, especialidade chamada Medicina de Família e Comunidade) e à dificuldade de fixação de médicos em Unidades Básicas de Saúde. Estes dois fatores fragilizam a qualidade do cuidado médico na APS, limitando sua potencial efetividade. Historicamente a

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F		
Bairro: Bom Fim		CEP: 90.035-903
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE	
Telefone: (51)3359-7640	Fax: (51)3359-7640	E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.219.928

distribuição geográfica dos médicos no território brasileiro segue uma tendência de concentração em determinadas regiões e, dentro das diferentes regiões, de preponderância da alocação nas capitais em detrimento do interior dos estados.

Diversas estratégias já foram aplicadas a fim de reduzir a dificuldade de oferta de cuidado médico qualificado na APS brasileira, tais como o Projeto Rondon (1968), o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS, em 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS, em 1993) e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS, em 2001). Por fim, em 2013, outra estratégia para aumentar a oferta de trabalho médico no SUS em cidades ou regiões com escassez de médicos foi criada pelo Governo Federal, unindo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O Programa Mais Médicos do Brasil (PMM) tem duas estratégias principais. A primeira é a alocação emergencial de médicos brasileiros ou estrangeiros em áreas desassistidas. A segunda é uma mudança na matriz de formação do profissional médico, em nível de graduação e, também, residência médica. O Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS). Em parceria com o Ministério da Educação, o programa prevê a abertura de 11,5 mil vagas nos cursos de medicina no país até 2017 e 12 mil vagas para formação de especialistas até 2020. Novos cursos de medicina deverão ser abertos, com foco nas regiões prioritárias do SUS. Além disso, a oferta de novos programas de residência médica será balizada de acordo com as especialidades prioritárias para o SUS.

O presente projeto visa avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, na perspectiva do Projeto Mais Médicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a qualidade do cuidado médico ofertado aos usuários adultos da Estratégia Saúde da Família de todo o Brasil, comparando médicos cubanos e brasileiros do Programa Mais Médicos (PMM) com médicos brasileiros que não atuam junto ao PMM.

Objetivos específicos

1. Avaliar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil;

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.219.926

2. Comparar o grau de orientação para APS desde a experiência dos usuários adultos das equipes de Saúde da Família de todo o Brasil entre equipes com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM;
3. Avaliar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira;
4. Comparar a qualidade do cuidado ofertado por médicos da ESF de todo o Brasil em relação a condições de saúde prevalentes na população adulta brasileira entre equipes de Saúde da Família com ou sem a presença de médicos cubanos e brasileiros do PMM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não são conhecido riscos, mas poderá haver desconforto pelo tempo dedicado às entrevistas e o conteúdo de algum questionário. Como potenciais benefícios estão a avaliação do Programa e possíveis subsídios para políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal com uma amostra sistemática de Unidades de Saúde da Família, estratificadas por número de equipes de ESF, com ou sem a presença de médicos que atuam no PMM de todas as regiões brasileiras. Em cada unidade, serão entrevistados, por meio de seleção consecutiva após consulta médica com médico previamente selecionado, cerca de 25 usuários adultos. Estes usuários responderão ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool-Brasil 15, versão curta, que mede o grau de orientação a APS dos serviços de saúde e algumas perguntas estruturadas em questionário acerca de variáveis sociodemográficas, de morbidade e de qualidade do cuidado recebido. Serão entrevistados por meio de questionário estruturado, todos os médicos selecionados. Este será um questionário reduzido com questões sociodemográficas e sobre a formação do profissional. Serão realizadas fotografias da Unidade de Saúde da Família, assim como preenchido um check list sobre estrutura física da Unidade. O Coordenador da Atenção Básica – ou cargo equivalente - de todos os municípios selecionados serão entrevistados por via telefônica ou por questionário online que incluirá o PCATool-Brasil, versão gerente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adicionados TCLEs para usuários e médicos e uma folha informativa que será lida aos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.360 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.928

gerentes, no momento da entrevista, via telefônica.

Recomendações:

Verificou-se que o título do projeto não foi modificado no registro do mesmo na Plataforma Brasil, apenas nos arquivos do projeto. Portanto, em uma próxima oportunidade, caso o projeto receba alguma emenda, o título poderá ser atualizado na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.211.545 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas e nova versão de projeto adicionada em 08/09/2015. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLEs de 08/09/2015, e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	QuestUsuariosAdultos15AGO26.docx	26/08/2015 19:08:48	Erno Harzheim	Aceito
Outros	QuestGerentes15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:17	Erno Harzheim	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

Página 04 de 05

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.219.928

Outros	QuestMedicos15AGO26.docx	26/08/2015 19:09:46	Erno Harzheim	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_pesq_pmm.pdf	26/08/2015 19:27:44	Erno Harzheim	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoTarefas.pdf	27/08/2015 16:03:25	Erno Harzheim	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostas_pendencias_cep_gppg_parecer_02set15.docx	08/09/2015 22:41:42	Erno Harzheim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	novo_projeto_pesq_pmm_15set08.docx	08/09/2015 22:42:24	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gerente_pmm_telefone.docx	08/09/2015 22:43:29	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_medico_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:09	Erno Harzheim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_usuario_pmm_revisado.docx	08/09/2015 22:44:33	Erno Harzheim	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_579565.pdf	08/09/2015 22:44:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2015

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.360 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

b. Questionário Usuários

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

Entrevistador(a),

Aborde os(as) pacientes e fale sobre os objetivos gerais da pesquisa:

Olá, meu nome é _____. Nós somos entrevistadores da empresa CP2 Pesquisas de Belo Horizonte-MG.

Estamos realizando uma pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em parceria com o Ministério da Saúde e dirigida por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O objetivo desta pesquisa é avaliar a assistência prestada pelos(as) médicos(as) que atendem nas Equipes de Saúde da Família de todo Brasil.

Queremos ouvir a sua opinião!

Convide-o (a) para participar da pesquisa!

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): __: __

DA3. Nome do entrevistador(a): _____

DA4. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

DA5. Selecione o município da unidade de saúde:

(Lista de todos os municípios)

DA5.1 Outra. Qual? _____

DA6. Selecione o nome da unidade de saúde:

(Lista de unidades de saúde)

DA6.1. Outra. Qual? _____

DA7. Nome (completo) do(a) médico(a):

(Lista de médicos amostrados)

(Somente se DA6 = Outro) D7.1 Outro Qual? _____

DA8. Grupo do(a) médico(a):

- (1) Intercambista Cooperado (PMM Cubano)
- (2) CRM Brasil Mais Médicos (PMM Brasileiro)
- (3) ESF no Brasil (Não participante PMM)

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): Vou iniciar fazendo algumas perguntas sobre o(a) senhor(a).

DI1. O(A) entrevistado(a) é:

- (0) o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente
- (1) o(a) próprio(a) paciente

DI2. [Se DI1 = 0] Como o(a) paciente gosta de ser chamado(a)? _____

[Se DI1 = 1] Como você gosta de ser chamado(a)? _____

DI2R. [Se DI1 = 0] Como você gosta de ser chamado(a)? _____

DI3. [Se DI1=0] Qual é o seu parentesco com o(a) paciente?

- (1) Mãe
- (2) Pai
- (3) Madrasta
- (4) Padrasto
- (5) Irmã
- (6) Irmão
- (7) Avó(ô)
- (8) Tio(a)
- (9) Filha
- (10) Filho
- (11) Guardião(ã) legal
- (12) Amigo(a)
- (13) Outro

DI3.1 Qual? _____

DI3. [Se DI1 = 0] Sexo do(a) paciente:

[Se DI1 = 1] Sexo :

- (0) Feminino (1) Masculino

DI3R. [Se DI1 = 0] Sexo do entrevistado:

- (0) Feminino (1) Masculino

DI4. [Se DI1 = 0] Qual é a data de nascimento do(a) paciente (DD/MM/AAAA): __/__/____

[Se DI1 = 1] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/____

DI4R. [Se DI1 = 0] Qual é a sua data de nascimento (DD/MM/AAAA): __/__/____

DI5. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

[Se DI1 = 1] Você consultou com o(a) "nome do(a) médico(a)" hoje?

- (1) Sim (0) Não

DI6. [Se DI1 = 0] O(A) paciente consultou alguma vez com o(a) "nome do(a) médico(a)" antes do dia de hoje?

[Se DI1 = 1] Você consultou alguma vez com o(a) "nome do(a) médico(a)" antes do dia de hoje?

- (1) Sim (0) Não

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

INSTRUÇÕES PARA A CONTINUIDADE DA ENTREVISTA:

- Se o(a) paciente tem **menos de 18 anos**, **encerre a entrevista** e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **NÃO** à pergunta **DI4** ou à pergunta **DI5**, **encerre a entrevista** e agradeça a sua atenção.
- Se o(a) paciente tem **18 anos ou mais** e respondeu **SIM** às perguntas **DI4** e **DI5**, **prossiga com a entrevista**.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Convide o(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

[Se DI1 = 0] Convide o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente para prosseguir na pesquisa, leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Enfatize que as respostas serão mantidas em sigilo e serão utilizadas com propósitos de avaliação dos serviços de saúde. Peça para o(a) paciente assinar o TCLE e entregue ao(à) paciente a sua via do TCLE.

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) senhor(a). [Se DI1 = 0] Agora, vou continuar fazendo mais algumas perguntas sobre o(a) paciente.

DI7. [Se DI1 = 0] A cor ou raça do(a) paciente é:

[Se DI1 = 1] A sua cor ou raça é:

- (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena

DI7R. [Se DI1 = 0] A sua cor ou raça é:

DI8. [Se DI1 = 1] Você vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente vive em companhia de cônjuge ou companheiro(a)?

- (1) Sim (2) Não, mas já viveu antes (3) Nunca viveu

DI9. [Se DI1 = 1 ou Se DI1 = 0] Em qual número de telefone (com DDD) a nossa equipe pode entrar em contato com você, se for necessário? () _____

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

DS1. [Se DI1 = 1] Neste momento você está:

[Se DI1 = 0] Neste momento o(a) paciente está:

- (1) Trabalhando
- (2) Aposentado(a)/Em benefício doença/Impossibilitado(a) de trabalhar por motivo de doença
- (3) Não está trabalhando, mas procurando emprego
- (4) Não está trabalhando, nem procurando emprego

DS2. [Se DI1 = 0] Até que ano o(a) paciente completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

[Se DI1 = 1] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

DS2R. [Se DI1 = 0] Até que ano você completou na escola ou faculdade/universidade (número de anos completados com aprovação)? (**Some os anos da escola aos anos de faculdade, se necessário**) (*marque 00 caso o entrevistado não saiba ler, nem escrever*) _____

Entrevistador(a): [Se DI1 = 1] *Agora, vamos falar um pouco sobre a sua casa e sobre as características da sua família.*

[Se DI1 = 0] *Agora, vamos falar um pouco sobre a casa do(a) paciente e sobre as características da família dele(a).*

DS3. Qual é o grau de instrução do chefe da família? (*Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio - pode ser o próprio informante*)

- (1) Analfabeto/Fundamental I incompleto
- (2) Fundamental I completo/Fundamental II incompleto
- (3) Fundamental II completo/Médio incompleto
- (4) Médio completo/Superior incompleto
- (5) Superior completo

Entrevistador(a): *Vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.*

INSTRUÇÃO: *Todos os itens devem ser perguntados pelo (a) entrevistador (a) e respondidos pelo (a) entrevistado (a).*

DS4. [Se DI1 = 1] No domicílio tem:

[Se DI1 = 0] No domicílio em que o(a) paciente vive tem:

DS4.1. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Automóvel

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.2. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Empregados mensalistas (*Trabalham pelo menos 5 dias por semana*)

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.3. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquina de lavar roupa (*Excluído tanquinho*)

- (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS4.4. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Banheiro (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.5. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] DVD (*Incluindo qualquer dispositivo que leia DVD, desconsiderando DVD de automóvel*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.6. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Geladeiras (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.7. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Freezers independentes (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.8. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Microcomputadores (*Considerar computador de mesa, laptop, notebooks e netbooks. Desconsiderar tablets, palms e smartphones*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.9. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Lavadora de louça (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.10. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Forno de micro-ondas (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.11. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Motocicletas (*Desconsidere as usadas exclusivamente para uso profissional*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS4.12. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Máquinas secadoras de roupas (*Considerando lava e seca*) (0) Não Possui (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais

DS5. [Se DI1 = 1] A água utilizada na casa onde você reside é proveniente de:

[Se DI1 = 0] A água utilizada na casa onde o(a) paciente reside é proveniente de: (1) Rede geral de distribuição (2) Poço ou nascente

DS6. [Se DI1 = 1] A rua onde sua casa se encontra é: (0) Asfaltada/pavimentada (1) Terra/cascalho
[Se DI1 = 0] A rua onde se encontra a casa em que o(a) paciente vive é:

DS7. [Se DI1 = 1] Você possui Bolsa Família?
[Se DI1 = 0] O(a) paciente possui Bolsa Família?
(1) Sim (0) Não

DS8. [Se DI1 = 1] Atualmente você possui plano de saúde (ou convênio médico)?
[Se DI1 = 0] Atualmente o(a) paciente possui plano de saúde (ou convênio médico)?
(1) Sim (0) Não

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

DS9. [Se DI1 = 1] Em qual faixa de renda mensal a sua família se encaixa?
[Se DI1 = 0] Em qual faixa de renda mensal a família do(a) paciente se encaixa?
(1) Faixa 1 (até R\$ 77,00) (2) Faixa 2 (entre R\$ 77,01 e R\$478,49)
(3) Faixa 3 (entre R\$ 478,50 e R\$879,99) (4) Faixa 4 (entre R\$ 880,00 e 1.760,00)
(5) Faixa 5 (entre R\$ 1.760,01 e 2.640,00) (6) Faixa 6 (entre R\$ 2.640,01 e 3.520,00)
(7) Faixa 7 (entre R\$ 3.520,01 e 5.280,00) (8) Faixa 8 (entre R\$ 5.280,01 e 7.920,00)
(9) Faixa 9 (entre R\$ 7.920,01 e 11.440,00) (10) Faixa 10 (entre R\$ 11.440,01 e 22.880,00)
(11) Faixa 11 (acima de 22.880,01) (12) Não sabe / Não quis informar

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATool – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

A. EXTENSÃO DA AFILIAÇÃO COM UM SERVIÇO DE SAÚDE

Entrevistador(a):

[Se DI1 = 1] *Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que LHE ATENDEU HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.*

[Se DI1 = 0] *Esclareça ao entrevistado(a) que a partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS SERÃO SOBRE O(A) MÉDICO(A) que ATENDEU O(A) PACIENTE HOJE na unidade básica de saúde EM QUE VOCÊ ESTÁ AGORA.*

A1. [Se DI1 = 1] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

[Se DI1 = 0] Você geralmente procura o(a) "nome do(a) médico(a)" quando o(a) paciente fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

(1) Sim (0) Não

A2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que o(a) conhece melhor como pessoa?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) que conhece melhor o(a) paciente como pessoa?

(1) Sim (0) Não

A3. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável por seu atendimento de saúde?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" é o(a) médico(a) mais responsável pelo atendimento de saúde do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não

A4. [Se DI1 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que o(a) faz(em) consultar habitualmente com este(a) médico(a)?

[Se DI1 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) ou doença(s) que fazem o(a) paciente consultar habitualmente com este(a) médico(a)? _____

A5. [Se DI1 = 1] Cite os nomes de todos os remédios que você está tomando regularmente?

[Se DI1 = 0] Cite os nomes de todos os remédios que o(a) paciente está tomando regularmente?

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PCATool – BRASIL – VERSÃO REDUZIDA

B. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

B1. [Se DI1 = 1] Quando você tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente tem um novo problema de saúde, você vem ao(à) "nome do(a) médico(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) no sábado e/ou no domingo?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "serviço de saúde" fica aberto(a) pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C3. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e você adoecer, alguém deste serviço de saúde atende você no mesmo dia?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a) e o(a) paciente adoecer, alguém deste serviço de saúde atende o(a) paciente no mesmo dia?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C4. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone para o(a) paciente se precisar?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C5. [Se DI1 = 1] Quando o(a) "serviço de saúde" está fechado(a), existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando adoecer?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) "serviço de saúde" está fechado(a), existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando o(a) paciente adoecer?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

C. ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

C6. [Se DI1 = 1] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) no sábado e domingo e você adoecer, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) no sábado e domingo e o(a) paciente adoecer, alguém deste serviço o(a) atende no mesmo dia?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C7. [Se DI1 = 1] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) e você adoecer durante a noite, alguém deste serviço atende você na mesma noite?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) “*serviço de saúde*” está fechado(a) e o(a) paciente adoecer durante a noite, alguém deste serviço o(a) atende na mesma noite?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C8. [Se DI1 = 1] É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up) no(a) “*serviço de saúde*”?

[Se DI1 = 0] É fácil marcar hora para uma consulta de revisão do(a) paciente (consulta de rotina, check-up) no(a) “*serviço de saúde*”?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C9. [Se DI1 = 1] Quando você chega no(a) “*serviço de saúde*”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente chega no(a) “*serviço de saúde*”, ele(a) tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C10. [Se DI1 = 1] Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta no(a) “*serviço de saúde*”?

[Se DI1 = 0] Você tem que esperar por muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar consulta para o(a) paciente no(a) “*serviço de saúde*”?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C11. [Se DI1 = 1] É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “*serviço de saúde*” quando pensa que é necessário?

[Se DI1 = 0] É difícil para você conseguir atendimento médico para o(a) paciente no(a) “*serviço de saúde*” quando pensa que é necessário?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

C12. [Se DI1 = 1] Quando você necessita ir ao(à) “*serviço de saúde*”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente necessita ir ao(à) “*serviço de saúde*”, você precisa faltar ao trabalho ou à escola?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

D. LONGITUDINALIDADE

D1. [Se DI1 = 1] Quando você vem ao(à) "*serviço de saúde*", é o(a) mesmo(a) médico(a) que atende você todas as vezes?

[Se DI1 = 0] Quando o(a) paciente vem ao(à) "*serviço de saúde*", é o(a) mesmo(a) médico(a) que o(a) atende todas as vezes?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D2. [Se DI1 = 1] Você acha que o(a) "*nome do(a) médico(a)*" entende o que você diz ou pergunta?

[Se DI1 = 0] Você acha que o(a) "*nome do(a) médico(a)*" entende o que você diz ou pergunta?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" responde as suas perguntas de maneira que você entenda?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D4. [Se DI1 = 1] Se você tiver uma pergunta sobre a sua saúde, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece você?

[Se DI1 = 0] Se você tiver uma pergunta sobre a saúde do(a) paciente, pode telefonar e falar com o(a) médico(a) que melhor conhece o(a) paciente?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D5. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas com o(a) paciente?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D6. [Se DI1 = 1] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas sobre o(a) paciente ao(à) "*nome do(a) médico(a)*"?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

D7. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece o(a) paciente mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| (4) Com certeza sim | (3) Provavelmente sim | |
| (2) Provavelmente não | (1) Com certeza não | (9) Não sabe/Não lembra |

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

D. LONGITUDINALIDADE

D8. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quem mora com você?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quem mora com o(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D9. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quais problemas são mais importantes para você?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe quais problemas são mais importantes para o(a) paciente e a família dele(a)?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D10. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece a sua história clínica (história médica) completa?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" conhece a história clínica (história médica) completa do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D11. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito do trabalho ou emprego dos familiares do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D12. [Se DI1 = 1] De alguma forma, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?

[Se DI1 = 0] De alguma forma, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" saberia se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) paciente precisa?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D13. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" sabe a respeito de todos os medicamentos que o(a) paciente está tomando?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

D14 [Se DI1 = 1] Você mudaria do(a) "*nome do(a) médico(a)*" para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

[Se DI1 = 0] Você mudaria o(a) paciente do(a) "*nome do(a) médico(a)*" para outro(a) médico(a) se isto fosse muito fácil de fazer?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

E. COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1. [Se DI1 = 1] Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento com o(a) "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que o(a) paciente está em acompanhamento com o(a) "nome do(a) médico(a)"?

- (1) Sim
- (0) Não (**Pule para o item F1**)
- (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para o item F1**)

E2. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que o(a) paciente fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E3. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" escreveu alguma informação sobre o(a) paciente para o especialista, a respeito do motivo dessa consulta?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E4. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" sabe quais foram os resultados dessa consulta do(a) paciente?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

E5. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado no especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" pareceu interessado na qualidade do cuidado que foi dado ao(à) paciente no especialista ou serviço especializado (perguntou se o(a) paciente foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

F. COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÃO

F1. [Se DI1 = 1] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) "serviço de saúde"?

[Se DI1 = 0] Se quisesse, você poderia ler (consultar) o prontuário do(a) paciente no(a) "serviço de saúde"?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

G. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que o(a) paciente e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no(a) "serviço de saúde" esses serviços ou orientações estão disponíveis.

G1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

G2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre como parar de fumar

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

G3. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H. INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

[Se DI1 = 1] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 0] A seguir, apresentamos uma lista de serviços que o(a) paciente pode ter recebido em consulta com o "nome do(a) médico(a)".

Em consultas com o(a) "nome do(a) médico(a)" algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

H1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H2. [Se DI1 = 1] Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você

[Se DI1 = 0] Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para o(a) paciente

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H3. [Se DI1 = 1] Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando

[Se DI1 = 0] Verificar e discutir os medicamentos que o(a) paciente está tomando

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

H4. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Como prevenir quedas

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS
I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

[Se DII = 1] As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a sua família.

[Se DII = 0] As perguntas a seguir são sobre a relação do(a) "nome do(a) médico(a)" com a família do(a) paciente.

Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção:

I1. [Se DII = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro da sua família?

[Se DII = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para o(a) paciente ou para um membro da sua família?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

I2. [Se DII = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

[Se DII = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" se reuniria com membros da família do(a) paciente se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

J. ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Instrução: para a próxima questão use o Cartão Resposta XX.

A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde.

Entrevistador (a): Por favor, indique a melhor opção:

J1. [Se DII = 0 e Se DII = 1] O(A) "serviço de saúde" faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?

- (4) Com certeza sim (3) Provavelmente sim
(2) Provavelmente não (1) Com certeza não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

AC. AVALIAÇÃO DA CONSULTA REALIZADA NO DIA

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a sua consulta de hoje.

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Agora, vamos falar um pouco sobre a consulta de hoje do(a) paciente

AC1. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] A consulta de hoje com o(a) "nome do(a) médico(a)" foi agendada previamente ou você a conseguiu hoje?

(0) Agendada (1) Obtida no mesmo dia

AC2. [Se DI1 = 1] Qual(is) o(s) motivo(s) da sua consulta de hoje com o "nome do(a) médico(a)"?

[Se DI1 = 0] Qual(is) o(s) motivo(s) da consulta de hoje do(a) paciente com o "nome do(a) médico(a)"?

AC3. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma "receita/prescrição"?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma "receita/prescrição"?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC4**)

AC3.1. Peça para tirar uma foto da prescrição. Código da foto: _____.

AC4. [Se DI1 = 1] Na consulta de hoje, você recebeu alguma solicitação para fazer exames?

[Se DI1 = 0] Na consulta de hoje, o(a) paciente recebeu alguma solicitação para fazer exames?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC5**)

AC4.1 Peça para tirar uma foto da solicitação de exames. Código da foto: _____.

AC5. [Se DI1 = 1] [**Somente se "E1" = Sim ou "E1" = Não sei/Não lembro**] Na consulta de hoje, você foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

[Se DI1 = 0] [**Somente se "E1" = Sim ou "E1" = Não sei/Não lembro**] Na consulta de hoje, o(a) paciente foi encaminhado(a) a outro(a) médico(a)?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão AC7**)

AC5.1. Peça para tirar uma foto do encaminhamento. Código da foto: _____.

AC6. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Para qual especialista é esse encaminhamento?

AC7. [Se DI1 = 1] Qual(is) outra(s) orientação(ões) você recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) paciente informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

[Se DI1 = 0] Qual(is) outra(s) orientação(ões) o(a) paciente recebeu na consulta de hoje? Caso o(a) entrevistado(a) informe que não recebeu outras orientações, escreva: Nenhuma.

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

HC. HISTÓRICO DE CONSULTAS E INTERNAÇÕES

[Se DI1 = 1] *Entrevistador(a)*: A partir de agora, vamos conversar sobre o seu histórico de consultas e também de internações.

[Se DI1 = 0] *Entrevistador(a)*: A partir de agora, vamos conversar sobre o histórico do(a) paciente de consultas e também de internações

HC1. [Se DI1 = 1] Durante os últimos 12 meses, você foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

[Se DI1 = 0] Durante os últimos 12 meses, o(a) paciente foi alguma vez internado(a) no hospital por uma noite ou mais?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão HC3**)

HC2. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Qual(is) foi/foram o(s) motivo(s) desta internação?

HC3. [Se DI1 = 1] Qual o total de consultas médicas que você realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado. ____

[Se DI1 = 0] Qual o total de consultas médicas que o(a) paciente realizou nos últimos 12 meses, incluindo essa unidade de saúde, emergências, hospitais, ambulatorios? Por favor, indique o número aproximado. ____

HC4. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas dessas consultas, nos últimos 12 meses, foram nesta unidade de saúde? Por favor, indique o número aproximado. ____

HC5. [Se DI1 = 0 e Se DI1 = 1] Quantas das consultas nesta unidade de saúde, nos últimos 12 meses foram com "nome do(a) médico(a)"? Por favor, indique o número aproximado. ____

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

[Se DI1 = 1] *Entrevistador(a)*: Vamos conversar sobre cuidados de saúde que **VOCÊ** pode ter recebido neste serviço de saúde.

[Se DI1 = 0] *Entrevistador(a)*: Vamos conversar sobre cuidados de saúde que O(A) PACIENTE pode ter recebido neste serviço de saúde.

CR1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe pesou você?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe pesou o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a sua altura?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a altura do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a sua pressão arterial?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "nome do(a) médico(a)" ou a sua equipe mediu a pressão arterial do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

CR4. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou manter uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente mantivesse uma alimentação saudável, com frutas e vegetais?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR5. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou manter o peso adequado?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente mantivesse o peso adequado?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR6. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou ingerir menos sal?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos sal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR7. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou ingerir menos gordura?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente ingerisse menos gordura?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR8. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou praticar atividade física regular?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente praticasse atividade física regular?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR9. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se você fuma?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou se o(a) paciente fuma?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR10. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou não beber em excesso?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente não bebesse em excesso?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR11. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de glicemia de jejum, açúcar no sangue, para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR12. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de colesterol para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CR. CUIDADOS RECEBIDOS

CR13. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de urina para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR14. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame para hepatites?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame para hepatites para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR15. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o teste para HIV/AIDS para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR16. Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu orientações para evitar doenças que são transmitidas através do sexo?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CR17. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, você fez a vacina contra gripe?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) paciente fez a vacina contra gripe?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA MULHERES

CRM1. [Se DI1 = 1] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos* Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou você sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?

[Se DI1 = 0] *Apenas para mulheres com idade < 45 anos* Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" orientou o(a) paciente sobre métodos anticoncepcionais ou planejamento familiar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM2. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se você fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" coletou ou perguntou se o(a) paciente fez exame preventivo do colo uterino ou papanicolau?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM3. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame de mamografia?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de mamografia para a paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM4. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou exame de densitometria para osteoporose?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de densitometria para osteoporose para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

CRM. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA MULHERES

CRM5. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou ecografia (ultrassom) transvaginal?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou a ecografia (ultrassom) transvaginal para a paciente?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão CRM7**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão CRM7**)

CRM6. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal você tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitada a ecografia transvaginal a paciente tinha alguma queixa de saúde como dor ou sangramento vaginal?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRM7. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou alguma vez se você tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" perguntou alguma vez se o(a) paciente tem problemas no relacionamento com seu parceiro ou se sofre de violência doméstica?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH. CUIDADOS RECEBIDOS - SÓ PARA HOMENS

CRH1. [Se DI1 = 1] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA?

[Se DI1 = 0] Nos últimos 12 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de sangue da próstata, o PSA para o paciente?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DS1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DS1**)

CRH2. [Se DI1 = 1] Quando foi solicitado o PSA, você apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

[Se DI1 = 0] Quando foi solicitado o PSA, o(a) paciente apresentava algum sintoma urinário como jato urinário fraco, esforço para urinar ou sensação de esvaziamento incompleto da bexiga?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CRH3. [Se DI1 = 1] Você faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente faz uso de medicamento para próstata (ex.: doxazosina/carduran/duomo ou finasterida/calvin/flaxin)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMANDAS DE SAÚDE

Entrevistador(a): A partir de agora, vamos falar sobre serviços disponíveis ou prestados nesta unidade de saúde e situações de saúde.

DS1. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz sutura de um corte que necessite de pontos?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS2. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz remoção de unha encravada?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS3. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz imobilização (ex.: para tornozelo torcido)?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS4. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] (A) "*nome do(a) médico(a)*" faz lavagem de ouvido?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS5. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz visitas domiciliares?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS6. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [*Apenas para mulheres com idade < 45 anos*] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" faz consultas de pré-natal para acompanhamento das gestantes? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS7. [Se DI1 = 1 e Se DI1 = 0] [*Apenas para mulheres com idade ≥ 45 anos*] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" orienta ou faz tratamento para menopausa? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS8. [Se DI1 = 1] Se você estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse resfriado ou com ou gripado e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS9. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com tosse há três semanas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS10. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com vômito ou diarreia e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"? (1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS11. [Se DI1 = 1] Se você estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente estivesse com dor nas costas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DS. DEMANDAS DE SAÚDE

DS12. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse ardência ou dor para urinar e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS13. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém da sua família apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente apresentasse corrimento vaginal ou pelo canal do pênis e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS14. [Se DI1 = 1] [*Apenas para mulheres*] Se você ou alguém de sua família estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] [*Apenas para mulheres*] Se a paciente ou alguém da família da paciente estivesse com sangramento vaginal diferente do normal e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS15. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] ' Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente estivesse com medo de ter sido contaminado pelo HIV e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DS16. [Se DI1 = 1] Se você ou alguém de sua família tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

[Se DI1 = 0] ' Se o(a) paciente ou alguém da família do(a) paciente tivesse problemas com álcool ou drogas e precisasse de atendimento médico, você procuraria primeiro o(a) "*nome do(a) médico(a)*"?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

CS. CONDIÇÕES DE SAÚDE

[Se DI1 = 1] *Entrevistador(a)*: Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a sua saúde.

[Se DI1 = 0] *Entrevistador(a)*: Neste próximo conjunto de questões vamos conversar um pouco sobre a saúde do(a) paciente.

CS1. [Se DI1 = 1] Qual é o seu peso atual (em Kg)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é o peso atual do(a) paciente (em Kg)? _____

CS2. [Se DI1 = 1] Qual é a sua altura atual (em cm)? _____

[Se DI1 = 0] Qual é a altura atual do(a) paciente(em cm)? _____

CS3. [Se DI1 = 1] Você fuma? _____

[Se DI1 = 0] O(a) paciente fuma? _____ (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC1**)

CS4. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" lhe recomendou para você parar de fumar?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou que o(a) paciente pare de fumar?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

Hipertensão

DC1. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem hipertensão ou pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem hipertensão ou pressão alta?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC2. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio para pressão alta?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou ao paciente que ele(a) precisava usar algum remédio para pressão alta?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC4**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC4**)

DC3. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Diabetes

DC4. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC14**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC14**)

DC5. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar algum remédio oral (comprimidos) para diabetes ou açúcar alto no sangue?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC7**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC7**)

DC6. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) remédio(s) (comprimidos) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC7. [Se DI1 = 1] Algum médico já disse que você precisava usar insulina?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) precisava usar insulina?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC10**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC10**)

DC8. [Se DI1 = 1] Você está usando insulina?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando insulina?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC9. O(A) "*nome do(a) médico(a)*" explicou o que fazer no caso da hipoglicemia/insulina baixar muito o açúcar no sangue?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC10. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou para você cuidados regulares com os seus pés?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" recomendou cuidados regulares com os pés do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

DC11. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" examinou os seus pés nos últimos 12 meses?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" examinou os pés do(a) paciente nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC12. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" encaminhou você ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" encaminhou o(a) paciente ao oftalmologista nos últimos 12 meses?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC13. Nos últimos 6 meses, o(a) "*nome do(a) médico(a)*" solicitou o exame de hemoglobina glicosada (exame de sangue que mede a média de açúcar no sangue e usualmente varia de 5,0 a 13,9)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Doença pulmonar crônica

DC14. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem asma, bronquite crônica ou enfisema?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão DC18**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão DC18**)

DC15. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu para você orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" forneceu orientações escritas do que fazer em caso de uma crise de falta de ar do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC16. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou para você medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" receitou medicamento em pó ou bombinha para tratamento diário da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC17. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou para você a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica?

[Se DI1 = 0] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" demonstrou a técnica para usar o medicamento em pó ou bombinha para tratamento da asma, enfisema ou bronquite crônica do(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

Depressão

DC18. [Se DI1 = 1] Algum médico já lhe disse que você tem depressão?

[Se DI1 = 0] Algum médico já disse para você ou para o(a) paciente que ele(a) tem depressão?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão MP1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão MP1**)

DC19. [Se DI1 = 1] O(A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu para você algum(ns) medicamento(s) para depressão?

[Se DI1 = 0] (A) "*nome do(a) médico(a)*" prescreveu algum(ns) medicamento(s) para depressão para o(a) paciente?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

DC. DOENÇAS CRÔNICAS

DC20. [Se DI1 = 1] Você está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente está usando o(s) medicamento(s) prescrito(s)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

DC21. [Se DI1 = 1] O(A) "nome do(a) médico(a)" lhe encaminhou você para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo)?

[Se DI1 = 0] O(A) "nome do(a) médico(a)" encaminhou o(a) paciente para acompanhamento com psiquiatra e/ou psicólogo)?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão MP1**) (9) Não sabe/Não lembra (**Pule para a questão MP1**)

DC22. [Se DI1 = 1] Você conseguiu consultar com esse profissional?

[Se DI1 = 0] O(A) paciente conseguiu consultar com esse profissional?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não lembra

MP. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

[Se DI1 = 1] Entrevistador(a): Agora farei algumas afirmações sobre a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 0] Entrevistador(a): Agora farei algumas afirmações sobre a relação do(a) paciente com o(a) "nome do(a) médico(a)".

INSTRUÇÃO:

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

[Se DI1 = 1] Peça para o(a) responsável pelos cuidados de saúde do(a) paciente escolher o quanto concorda com cada afirmação considerando a sua relação com o(a) "nome do(a) médico(a)".

Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

MP1. [Se DI1 = 1] Meu médico me ajuda

[Se DI1 = 0] O médico ajuda ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP2. [Se DI1 = 1] Meu médico tem tempo suficiente para mim

[Se DI1 = 0] O médico tem tempo suficiente pra ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP3. [Se DI1 = 1] Eu confio no meu médico

[Se DI1 = 0] Eu confio no médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

MP. RELAÇÃO MÉDICO PACIENTE

MP4. [Se DI1 = 1] Meu médico me entende

[Se DI1 = 0] O médico dele(a) me entende

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP5. [Se DI1 = 1] Meu médico se dedica a me ajudar

[Se DI1 = 0] O médico se dedica a ajudar ele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP6. [Se DI1 = 1] Meu médico e eu concordamos sobre a natureza dos meus sintomas

[Se DI1 = 0] O médico e eu concordamos sobre a natureza dos sintomas dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP7. [Se DI1 = 1] Eu consigo conversar com o meu médico

[Se DI1 = 0] Eu consigo conversar com o(a) médico(a) dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP8. [Se DI1 = 1] Eu me sinto contente com o tratamento que o meu médico me oferece

[Se DI1 = 0] Eu me sinto contente com o tratamento que o médico oferece

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

MP9. [Se DI1 = 1] Eu acho fácil ter acesso ao meu médico

[Se DI1 = 0] Eu acho fácil ter acesso ao médico dele(a)

- (1) Não concordo
- (2) Concordo um pouco
- (3) Concordo
- (4) Concordo muito
- (5) Concordo totalmente

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS ADULTOS

PO. PESQUISA DE OPINIÃO

Entrevistador(a): Para finalizar queremos saber a sua opinião sobre alguns aspectos.

PO1. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Você sabe se o(a) "*nome do(a) médico(a)*" faz parte do Programa Mais Médicos?

(1) Sim, sei. Ele faz parte (0) Sim, sei. Ele **NÃO** faz parte (9) Não sei

PO2. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Você recomendaria o(a) "*nome do(a) médico(a)*" para um familiar ou amigo(a)?

(1) Sim (0) Não (9) Não sabe/Não respondeu

PO3. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** do(a) médico(a):

PO4. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** do(a) médico(a):

PO5. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **negativos** da unidade de saúde:

PO6. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Cite os principais aspectos **positivos** da unidade de saúde:

PO7. [Se DI1 = 1 e DI1 = 0] Quais são as suas principais sugestões para a unidade de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

DA8. Hora do fim da entrevista (HH:MM): _____

c. Questionário Médicos

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

DA. DADOS ADMINISTRATIVOS

DA1. Data da entrevista (DD/MM/AAAA): ___/___/___

DA2. Hora do início da entrevista (HH:MM): ___:___

DA3. Nome do entrevistador(a): _____

EL. ELEGIBILIDADE

EL1. Selecione a UF da unidade de saúde:

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

EL2. Selecione o município da unidade de saúde: _____ (lista de municípios)

EL3. Qual o nome (completo) da unidade de saúde em que o(a) senhor(a) trabalha? _ (lista de unidades)

EL3.1. Outra. Qual? _____

EL4. Qual o seu nome completo? _____

EL5. Há quanto tempo (em meses) o(a) senhor(a) atua/trabalha nesta unidade de saúde? _____

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há **menos de 12 meses, encerre a entrevista e agradeça a sua atenção.**
- Se o(a) médico(a) atua nesta unidade de saúde há **12 meses ou mais, prossiga com a entrevista.**

EL6. Doutor(a), o(a) senhor(a) participa do Programa Mais Médicos?

(1) Sim (0) Não

DI. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Entrevistador(a): *Vamos continuar a entrevista falando um pouco sobre o(a) senhor(a).*

DI1. Data de nascimento (DD/MM/AAAA): ___/___/___

DI2. Sexo: (0) Feminino (1) Masculino

DI3. Nacionalidade:

- (1) Brasileiro(a)
- (2) Cubano(a) **(Pule para a questão DI6)**
- (3) Outra **(Pule para a questão DI6)**

DI4. Qual a Unidade da Federação (Estado) em que o(a) senhor(a) nasceu? _____

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

DI5. Em que cidade senhor(a) nasceu? _____

DI6. Doutor(a), o(a) senhor(a) vive em companhia de cônjuge ou de companheiro(a) neste momento?

(1) Sim (2) Não. mas já viveu antes (3) Nunca viveu

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

FO. FORMAÇÃO

Entrevistador(a): Neste momento vamos conversar sobre a formação do(a) senhor(a).

FO1. Em que ano o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina? _____

FO2. Em qual instituição o(a) senhor(a) concluiu a graduação em Medicina? _____

FO3. Em que país fica essa instituição?

(1) Brasil (2) Outro. FO3.1 Qual? _____

FO4. **[Se FO3=1, somente país = Brasil]** Em que Estado fica essa instituição? _____

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

FO5. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma residência médica?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão FO10**)

FO6. Qual(is)?

FO6.1. Medicina de Família e Comunidade (1) Sim (0) Não

FO6.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica) (1) Sim (0) Não

FO6.3. Pediatria (1) Sim (0) Não

FO6.4. Ginecologia/obstetrícia (1) Sim (0) Não

FO6.5. Cirurgia geral (1) Sim (0) Não

FO6.6. Outra (1) Sim (0) Não

FO6.7. Qual? _____

FO6.8. Qual? _____

FO7. Ano de conclusão:

FO7.1. _____

FO7.2. _____

FO7.3. _____

FO7.4. _____

FO7.5. _____

FO7.7. _____

FO7.8. _____

FO8. Em que país fica a instituição em que senhor(a) concluiu a residência médica?

(1) Brasil (2) Outro. FO8.1 Qual? _____

FO9. **[Se FO8=1, somente país = Brasil]** Em que Estado fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a residência médica?

(12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

FO10. Doutor(a), o(a) senhor(a) fez alguma especialização médica?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão FO15**)

FO11. Qual(is)?

FO11.1. Medicina de Família e Comunidade (1) Sim (0) Não

FO11.2. Medicina Interna (ou Clínica Médica) (1) Sim (0) Não

FO11.3. Pediatria (1) Sim (0) Não

FO11.4. Ginecologia/obstetrícia (1) Sim (0) Não

FO11.5. Cirurgia geral (1) Sim (0) Não

FO11.6. Outra (1) Sim (0) Não

FO11.7. Qual? _____

FO11.8. Qual? _____

FO12. Ano de conclusão:

FO12.1. _____

FO12.2. _____

FO12.3. _____

FO12.4. _____

FO12.5. _____

FO12.7. _____

FO12.8. _____

FO13. Em que país fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica?

(1) Brasil (2) Outro. FO13.1 Qual? _____

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

FO. FORMAÇÃO

FO14. [Se FO13=1, somente país = Brasil] Em que Estado fica a instituição em que o(a) senhor(a) concluiu a especialização médica? (12)AC; (27)AL; (16)AP; (13)AM; (29)BA; (23)CE; (53)DF; (32)ES; (52)GO; (21)MA; (51)MT; (50)MS; (31)MG; (15)PA; (25)PB; (41)PR; (26)PE; (22)PI; (33)RJ; (24)RN; (43)RS; (11)RO; (14)RR; (42)SC; (35)SP; (28)SE; (17)TO

FO15. O serviço em que o(a) senhor(a) trabalha possibilita/oferece educação continuada?
(1) Sim (0) Não (9) Não sabe

INSTRUÇÃO:

- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **não participa** do PMM [EL6 = Não], **pule para a próxima seção (SE. SERVIÇO)**.
- Se o(a) médico(a) entrevistado(a) **participa** do PMM [EL6 = Sim], **siga com a entrevista**.

FO16. Com qual frequência o seu supervisor visita e acompanha o trabalho do(a) senhor(a) na unidade de saúde? (1) Nunca (**Pule para a questão FO18**) (2) Menos de uma vez por mês
(3) Uma vez por mês (4) Duas ou mais vezes por mês

FO17. Qual a data da última visita (DD/MM/AAAA)? ___/___/_____

FO18. O seu supervisor está disponível por telefone para discutir dúvidas a respeito dos casos clínicos quando o(a) senhor(a) pensa que é necessário? (1) Sim (0) Não

FO19. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por e-mail com seu supervisor a qualquer momento? (1) Sim (0) Não

FO20. Doutor(a), o(a) senhor(a) pode entrar em contato por whatsapp ou torpedo (mensagem de texto ou voz) com o seu supervisor a qualquer momento? (1) Sim (0) Não

FO21. Entre as opções abaixo, marque as **duas atividades** mais frequentes que o seu supervisor exerce com o(a) senhor(a):

FO21.1. Discute as políticas do Sistema Único de Saúde

(1) Sim (0) Não

FO21.2. Discute os problemas no processo do trabalho da sua unidade

(1) Sim (0) Não

FO21.3. Ajuda com as suas dificuldades em relação ao idioma ou a cultura local

(1) Sim (0) Não

FO21.4. Discute as suas dúvidas sobre casos clínicos que o(a) senhor(a) está atendendo

(1) Sim (0) Não

FO21.5. Assiste e avalia as suas consultas

(1) Sim (0) Não

FO21.6. Outra

(1) Sim (0) Não

FO21.6.1. Qual (outra atividade)? _____

FO22. Entre as opções abaixo, escolha somente uma que o(a) senhor(a) acredita que o seu supervisor mais lhe ajuda:

(1) Questões relacionadas ao Sistema Único de Saúde

(2) Questões relacionadas ao processo do trabalho da sua unidade

(3) Questões relacionadas ao idioma ou a cultura local

(4) Questões relacionadas ao atendimento clínico dos pacientes

(5) Outra

FO22.1. Qual? _____

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

SE. SERVIÇO

Entrevistador(a): Agora vamos conversar sobre as atividades profissionais do(a) senhor(a).

SE1. Nesta unidade de saúde, qual a sua carga horária semanal? (Por favor, indique um valor aproximado) _____

SE2. Dentro dessa carga horária semanal, qual a porcentagem (%) do seu tempo é dedicada ao atendimento direto de pacientes (consultas médicas, visitas domiciliares)? _____

SE3. Quanto tempo (em minutos) o(a) senhor(a) leva para se deslocar de sua residência até o seu local de trabalho? _____

SE4. Qual o número médio de consultas que o(a) senhor(a) atende em um turno de 4 horas nesta unidade de saúde? _____

SE5. Por favor, indique o percentual(%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde que são:

SE5.1. Agendadas(%): _____

SE5.2. Espontâneas(%): _____

SE6. Por favor, indique o percentual (%) aproximado de consultas que o(a) senhor(a) atende nesta unidade de saúde para cada grupo etário. Caso não realize atendimento para algum grupo, digite 0.

SE6.1. Crianças(%): _____

SE6.2. Adultos(%): _____

SE6.3. Idosos(%): _____

SE7. Nesta unidade de saúde:

SE7.1. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SE7.2**)

SE7.1.1. Com que frequência o(a) senhor(a) faz visitas domiciliares:

(1) Menos de uma vez por semana

(2) Uma ou mais vezes por semana

SE7.1.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) tem um turno fixo na semana para realizar a visita domiciliar?

(1) Sim (0) Não

SE7.2. Doutor(a), o(a) senhor(a) realiza atividades de grupo com pacientes:

(1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SE7.3**)

SE7.2.1. Aproximadamente quantas horas por semana o(a) senhor(a) fica envolvido com atividades de grupos dos pacientes? _____

SE7.3. Doutor(a), o(a) senhor(a) faz o exame citopatológico de colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero)?

(1) Sim (**Pule para a questão SE7.4**) (0) Não

SE7.3.1 Qual o motivo principal pelo qual esse procedimento não é realizado?

(1) Falta de serviço para interpretação da lâmina

(2) Falta de insumos (lâmina, espátula de ayre, espéculo)

(3) Falta de habilidade/dificuldade com a técnica

(4) Outro

SE7.4. Doutor(a), o(a) senhor(a) faz colocação de DIU (dispositivo intrauterino)?

(1) Sim (0) Não

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

SE. SERVIÇO

SE8. **[Somente para Não participante do PMM]** Qual é o tipo de vínculo empregatício que o(a) senhor(a) possui neste serviço de saúde?

- (1) CLT
- (2) Estatutário
- (3) Bolsa
- (4) Outro SE8.1.Qual? _____

SE9. Antes de trabalhar nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) já havia trabalhado em algum outro serviço de Atenção Primária à Saúde no Brasil ou em outro país?

- (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SE11**)

SE10. Previamente ao seu ingresso nesta unidade básica de saúde, quanto tempo (em anos) o(a) senhor(a) trabalhou na Atenção Primária à Saúde? (**Caso seja menos de 1 ano, digite 0**)

SE11. Doutor(a), o(a) senhor(a) trabalha como médico(a) em algum outro lugar?

- (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SA1**)

SE12. Qual a sua carga horária de trabalho semanal (total), considerando todas as suas atividades como médico(a)? _____

SA. SATISFAÇÃO

Entrevistador(a): A partir de agora vamos conversar sobre o grau de satisfação do(a) senhor(a) com o seu trabalho. Instrução: para as próximas questões use o Cartão Resposta XX.

Indique qual é o seu nível de satisfação para cada um dos aspectos:

SA1. Instalações da sua unidade de saúde:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA2. A liberdade para trabalhar do seu jeito:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA3. Com seus colegas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

SA. SATISFAÇÃO

Indique qual é o seu nível de satisfação:

SA4. O reconhecimento que o(a) senhor(a) recebe quando faz um bom trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA5. A quantidade de responsabilidade que o(a) senhor(a) tem:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA6. Sua remuneração:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação com:

SA7. Com o aproveitamento de suas habilidades:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA8. Suas horas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA9. O quanto seu trabalho é diversificado:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

SA. SATISFAÇÃO

Indique qual é o seu nível de satisfação:

SA4. O reconhecimento que o(a) senhor(a) recebe quando faz um bom trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA5. A quantidade de responsabilidade que o(a) senhor(a) tem:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA6. Sua remuneração:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

Indique qual é o seu nível de satisfação com:

SA7. Com o aproveitamento de suas habilidades:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA8. Suas horas de trabalho:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

SA9. O quanto seu trabalho é diversificado:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

SA. SATISFAÇÃO

SA10. Agora, levando tudo isso em consideração, como o(a) senhor(a) se sente em relação ao seu trabalho como um todo:

- (7) Extremamente satisfeito
- (6) Muito satisfeito
- (5) Moderadamente satisfeito
- (4) Não tenho certeza
- (3) Moderadamente insatisfeito
- (2) Muito insatisfeito
- (1) Extremamente insatisfeito

ME. MEDICAMENTOS

ME1. Na rotina do seu trabalho, existe quantidade suficiente desses medicamentos para atender os seus pacientes com qualidade?

- | | | |
|---|---------|---------|
| ME1.1. Medicamentos para hipertensão | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.3. Insulina | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.4. Antidepressivos | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.5. Ansiolíticos | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.6. Antibióticos | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.7. Analgésicos | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol) | (1) Sim | (0) Não |
| ME1.10. Corticóide inalatório | (1) Sim | (0) Não |

ME2. Na rotina do seu trabalho, as opções disponíveis dentro de cada classe de medicamentos a seguir, são suficientes para atender com qualidade os seus pacientes?

- | | | |
|---|---------|---------|
| ME2.1. Medicamentos para hipertensão | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.2. Medicamentos orais para diabetes mellitus | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.3. Insulina | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.4. Antidepressivos | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.5. Ansiolíticos | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.6. Antibiótico | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.7. Analgésicos | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.8. Medicamentos para tratamento farmacológico do tabagismo | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.9. Beta-agonista inalatório de curta ação (como salbutamol) | (1) Sim | (0) Não |
| ME2.10. Corticóide inalatório | (1) Sim | (0) Não |

EX. EXAMES

EX1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente desses exames para atender com qualidade os seus pacientes?

- | | | |
|--|---------|---------|
| EX1.1. Hemoglobina glicosilada (hemoglobina glicada ou Hba1c ou teste A1c) | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.2. Creatinina | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.3. Microalbuminúria (albuminúria) | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.4. Anti-HIV sérico | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.5. Teste rápido para detecção HIV | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.6. Sorologia para sífilis (como VDRL) | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.7. Teste rápido para sífilis | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.8. Sorologia para hepatites virais | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.9. Teste rápido para hepatites virais | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.10. Teste rápido para gravidez | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.11. Urocultura (cultura da urina) | (1) Sim | (0) Não |
| EX1.12. BAAR no escarro (baciloscopia para diagnóstico de tuberculose) | (1) Sim | (0) Não |

QUESTIONÁRIO PARA MÉDICOS

EX. EXAMES

- EX1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente desses **exames** para atender com qualidade os seus pacientes?
- EX1.13. Radiografias (1) Sim (0) Não
- EX1.14. Ecografias obstétricas (ultrassonografias obstétricas) (1) Sim (0) Não
- EX1.15. Ecografias (ultrassonografias) (1) Sim (0) Não
- EX1.16. Eletrocardiograma (1) Sim (0) Não
- EX1.17. Teste ergométrico (teste de esforço) (1) Sim (0) Não
- EX1.18. Mamografia (1) Sim (0) Não
- EX1.19. Exame citopatológico do colo uterino (exame Papanicolau ou preventivo do câncer de colo do útero) (1) Sim (0) Não

RE. REFERÊNCIA

- RE1. Na rotina do seu trabalho, existe oferta suficiente de consultas em serviços especializados com essas especialidades médicas para atender com qualidade os seus pacientes?
- RE1.1. Serviços de urgência / emergência (1) Sim (0) Não
- RE1.2. Psiquiatria (1) Sim (0) Não
- RE1.3. Oftalmologia (1) Sim (0) Não
- RE1.4. Cardiologia (1) Sim (0) Não
- RE1.5. Endocrinologia (1) Sim (0) Não
- RE1.6. Pré-natal de alto risco (1) Sim (0) Não
- RE1.7. Nefrologia (1) Sim (0) Não
- RE1.8. Cirurgião Vascular (1) Sim (0) Não
- RE1.9. Pediatria (1) Sim (0) Não
- RE1.10. Ginecologia (1) Sim (0) Não
- RE1.11. Oncologia (1) Sim (0) Não
- RE1.12. Infectologia (1) Sim (0) Não
- RE1.13. Outra (1) Sim (0) Não
- RE1.14. Se outra, qual(is)? _____

AP. APOIO CLÍNICO

- AP1. Doutor(a), o(a) senhor(a) conhece o serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS, o 0800 644 6543? (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SU1**)
- AP2. Doutor(a), o(a) senhor(a) já utilizou esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS? (1) Sim (0) Não (**Pule para a questão SU1**)
- AP3. Com qual frequência o(a) senhor(a) utiliza esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?
(1) Menos de uma vez por mês (2) De uma a duas vezes por mês (3) Três ou mais vezes por mês
- AP4. Doutor(a), o(a) senhor(a) recomendaria para um colega esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS? (1) Sim (0) Não
- AP5. Qual a satisfação do(a) senhor(a) sobre esse serviço de apoio clínico telefônico do TelessaúdeRS?
(5) Muito satisfeito (4) Satisfeito (3) Indiferente (2) Insatisfeito (1) Muito insatisfeito

SU. SUGESTÕES

- SU1. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria para o trabalho na sua unidade de saúde?

- SU2. Qual a sugestão do(a) senhor(a) para a melhoria no sistema de saúde?

Muito obrigado pela sua participação nesta pesquisa!

- DA4. Hora do fim da entrevista (HH:MM): _____