

**Maria Aparecida Turci**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
BELO HORIZONTE: ESTUDO REALIZADO ENTRE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE ALIADO A ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL.**

Universidade Federal de Minas Gerais

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Belo Horizonte – MG

2015

**Maria Aparecida Turci**

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE  
BELO HORIZONTE: ESTUDO REALIZADO ENTRE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE ALIADO A ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientadora: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa  
Co-Orientador: James Macinko

**Belo Horizonte**

**2015**

T932a Turci, Maria Aparecida.  
Avaliação da atenção primária à saúde no município de Belo Horizonte [manuscrito]: estudo realizado entre profissionais de saúde aliado a estudo transversal de base populacional. / Maria Aparecida Turci. - - Belo Horizonte: 2015.  
152f.  
Orientador: Maria Fernanda Furtado Lima-Costa.  
Coorientador: James Macinko.  
Área de concentração: Saúde Pública.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.  
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Lima-Costa, Maria Fernanda Furtado. II. Macinko, James. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.6

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

#### **Reitor**

Prof. Jaime Arturo Ramírez

#### **Vice-Reitor**

Prof<sup>ª</sup>. Sandra Regina Goulart Almeida

#### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof<sup>ª</sup>. Adelina Martha dos Reis

#### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

### **FACULDADE DE MEDICINA**

#### **Diretor**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

#### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Antônio Thomáz G. da Matta Machado

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

#### **Coordenadora**

Prof<sup>ª</sup>. Sandhi Maria Barreto

#### **Sub-Cordenadora**

Prof<sup>ª</sup>. Ada Ávila Assunção

#### **Colegiado**

Prof<sup>ª</sup>. Sandhi Maria Barreto

Prof<sup>ª</sup>. Ada Ávila Assunção

Prof<sup>ª</sup>. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof<sup>ª</sup> Mariângela Leal Cherchiglia

Prof. Mark Drew Crossland Guimarães

Flávia Soares Peres



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

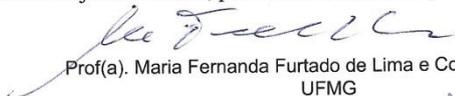
## FOLHA DE APROVAÇÃO

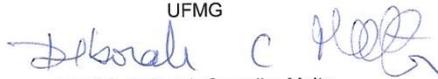
**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: ESTUDO REALIZADO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ALIADO A ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL.**

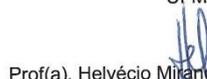
### MARIA APARECIDA TURCI

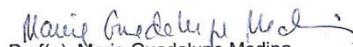
Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 03 de julho de 2015, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Deborah Carvalho Malta  
UFMG

  
Prof(a). Helvécio Miranda Magalhães Júnior  
SEPLAN

  
Prof(a). Maria Guadalupe Medina  
UFBA

  
Prof(a). Patty Fidells de Almeida  
UFF

  
Prof(a). James Macinko  
UCLA

Belo Horizonte, 3 de julho de 2015.



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais pelo sacrifício de toda a vida, que me possibilitou chegar até o ponto em que  
isso tudo fosse irreversível;

Aos meus filhos por terem vivido com fragmentos de mim nesses últimos 7 anos, período em  
que durou essa jornada acadêmica, que nunca foi só acadêmica. Obrigada por estarem à frente  
me esperando;

Aos companheiros de jornada profissional, nesses longos anos de construção do SUS, em suas  
idas e vindas, principalmente aqueles que militam no campo marginal da Atenção Básica.  
Seguiremos juntos até onde nossas forças suportarem.

À Maria Fernanda e ao James por acreditarem no meu potencial acadêmico.

## ***NASCI ANTES DO TEMPO***

*Tudo que criei e defendi  
nunca deu certo.  
Nem foi aceito.  
E eu perguntava a mim mesma  
Por quê?  
Quando menina,  
ouvia dizer sem entender  
quando coisa boa ou ruim  
acontecida a alguém:  
Fulano nasceu antes do tempo,  
Guardei.  
Tudo que criei, imaginei e defendi  
nunca foi feito.  
E eu dizia como ouvia  
a moda de consolo: Nasci antes do tempo.*

*Alguém me retrucou.  
Você nasceria sempre  
antes de seu tempo.  
Não entendi e disse Amém.*

*Cora Coralina*

## RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é compreendida como a porta de entrada do sistema de saúde e local de prestação do cuidado contínuo e integral ao indivíduo, no contexto da família e da comunidade. No Brasil, a qualificação da APS vem ocorrendo majoritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde 1994 e diversas investigações têm mostrado que essa estratégia tem sido efetiva para melhorar indicadores de saúde. O presente trabalho, conduzido no município de Belo Horizonte, tem os objetivos de verificar a distribuição dos atributos da APS na percepção de gestores e profissionais, determinar os fatores associados ao desempenho da APS e a cada um desses atributos e ainda a quais indicadores de qualidade do ponto de vista do usuário eles estão associados. A pesquisa foi baseada na aplicação da versão em português do questionário Primary Health Care Tool (PCATool) em todas as equipes de Saúde da Família (eSF) de Belo Horizonte e também na base de dados oriunda do 2º Inquérito Saúde do Adulto realizado em 2010. No 1º estudo as variáveis independentes foram: recursos disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) e características dos profissionais de saúde e no 2º as independentes foram ausência de queixa quanto ao serviço de saúde, ter recebido aconselhamento médico sobre dieta, atividade física, álcool ou tabagismo, ter realizado pelo menos uma consulta médica no ano com especialista, ter realizado pelo menos três consultas médicas no ano com generalista, realização de uma ou mais medidas da pressão arterial nos últimos dois anos, determinação do colesterol nos últimos 5 anos, realização do exame do Papanicolau nos últimos 3 anos e vacinação em idosos. No 1º estudo, foram estimadas as Razões de Prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95%, por meio da regressão binomial negativa e no 2º por meio da regressão de Poisson. A APS do município de Belo Horizonte apresentou bom desempenho, principalmente em relação aos atributos do primeiro contato, longitudinalidade e integralidade. O principal fator determinante desse desempenho é a disponibilidade de equipamentos e insumos, que esteve associada ao escore da APS e a quatro dos sete atributos. Os demais fatores associados ao desempenho da APS foram presença do médico pelo menos 75% do tempo da semana, equipe com treinamento em saúde da família e o número de equipes na UBS. A qualidade da APS tem impacto nos indicadores estudados e os atributos que apresentaram maior associação com esses indicadores foram o acesso e a longitudinalidade.

## ABSTRACT

Primary health care (PHC) is understood as the gateway of the health system and place to provide continuous and integral care to the individual, in the context of family and community. In Brazil, PHC qualification has been occurring mainly through the Family Health Strategy (FHP) since 1994 and several investigations have shown that this strategy has been effective in improving health indicators. This study, conducted in the city of Belo Horizonte, aims to verify the distribution of APS attributes in the perception of managers and professionals, to determine the factors associated to PHC performance and to each one of these attributes and to which quality indicators from the point of view of the user they are associated. The research was based on the application of the Portuguese version of the Primary Health Care Tool (PCATool) questionnaire in all the Family Health teams (eSF) of Belo Horizonte and also in the database from the 2nd Adult Health Survey conducted in 2010. In the first study the independent variables were: resources available in the Primary Health Care Unit and characteristics of the health professionals and in the 2nd, the independent ones were absence of complaint regarding the health service, having received medical advice on diet, physical activity, alcohol or smoking, have had at least one medical consultation in the year with specialist, have performed at least three medical consultations in the year with generalist, performed one or more blood pressure measurements in the last two years, cholesterol determination in the last 5 years, achievement pap smear in the last 3 years and vaccination in the elderly. In the first study, the Prevalence Ratios (PR) and 95% confidence intervals were estimated by means of negative binomial regression and 2nd by Poisson regression. The APS of the city of Belo Horizonte presented good performance, mainly in relation to the attributes of the first contact, longitudinality and comprehensiveness. The main determinant of this performance is the availability of equipment and inputs, which was associated with the APS score and four of the seven attributes. The other factors associated with PHC performance were the presence of the physician at least 75% of the time of the week, a team with family health training and the number of teams at the UBS. The quality of PHC has an impact on the indicators studied and the attributes that showed the greatest association with these indicators were access and longitudinality.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
<b>4 ARTIGO 1 .....</b>	<b>24</b>
4.1 INTRODUÇÃO .....	26
4.2 METODOLOGIA .....	28
4.3 RESULTADOS .....	31
4.4 DISCUSSÃO.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
TABELAS .....	43
<b>5 ARTIGO 2 .....</b>	<b>49</b>
5.1 INTRODUÇÃO .....	51
5.2 METODOLOGIA .....	53
5.3 RESULTADOS .....	59
5.4 DISCUSSÃO.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
TABELAS .....	73
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>81</b>
APÊNDICE A- PROJETO DE PESQUISA .....	82
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (PARA EQUIPES) .....	89
APÊNDICE C - OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE (RELATÓRIO DE PESQUISA) .....	95
<b>ANEXOS .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO 1 - CARTA DE APROVAÇÃO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO 2 - ARTIGO</b> Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros.....	139

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 Conceituação

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde<sup>1</sup>, realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, definiu os cuidados primários como:

“(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (...)proporcionando serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.”

Várias nações buscaram implementar as definições de Alma Ata e mesmo tendo havido diversas interpretações, cujas estratégias operacionais variaram conforme o contexto político, social e econômico desses países, houve um movimento mundial em busca da reorganização dos sistemas em torno da atenção primária à saúde<sup>2</sup>.

A APS foi operacionalizada e implementada no âmbito mundial com as seguintes abordagens: (1) APS Seletiva, com o enfoque em doenças e situações de saúde de alto impacto epidemiológico, agindo de forma programática tendo populações pobres como alvo, abordagem essa fomentada por agências internacionais principalmente nos países em desenvolvimento; (2) Atenção Primária, entendida como a parte do sistema de saúde responsável pela porta de entrada e os cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo. Esta tem sido a concepção mais comum dos cuidados primários de saúde em países da Europa e em outros países industrializados e, de forma reducionista, é entendida como a disponibilidade de médicos atuantes com especialização em clínica geral ou medicina familiar; (3) “APS abrangente de Alma Ata”, definida como “atenção essencial em saúde”, se apresentando como uma estratégia para organizar os

<sup>1</sup> World Health Organization. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978:25.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2007.

sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde e, por fim, (4) Enfoque em Saúde e Direitos Humanos, que compreende a saúde como direito humano e reconhece a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde, defendendo políticas de desenvolvimento apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, de forma a alcançar equidade em saúde. Apresenta-se como uma filosofia que permeia os setores social e de saúde.

Documentos publicados por entidades profissionais, acadêmicas e governamentais norte-americanas ao longo das últimas décadas, incluíram na definição de APS os conceitos do primeiro contato, a continuidade, a integralidade, continuidade e a coordenação<sup>3</sup>. Segundo marco conceitual desenvolvido a partir dos estudos de Starfield, a atenção primária à saúde (APS) pode ser entendida como nível essencial do sistema de saúde, que é baseado em um modelo de atenção que visa o cuidado longitudinal do indivíduo, para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, independente do sexo, idade, órgão acometido ou patologia, proporcionando a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção<sup>4</sup>.

No Brasil, após a criação do SUS, o Ministério da Saúde formulou uma proposta de reestruturação da APS que, até aquele momento, era realizada de forma fragmentada, sob múltiplas formas de gestão, com foco nos programas tradicionais de saúde pública. No início dos anos 90, teve início na região Nordeste do país o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), com o objetivo de combater a epidemia de cólera e alterar os altos índices de mortalidade infantil por causas preveníveis como diarreia, com foco na reidratação oral e orientação a vacinação. A seguir configurou-se a proposta do PSF, numa tentativa de mudar a forma de organização das unidades de atenção básica, no efervescente contexto de descentralização e municipalização dos serviços de saúde. A proposta preconizava equipe de caráter multiprofissional, trabalhando com população adscrita definida por território de abrangência. A ação das equipes previa a realização de um diagnóstico de saúde da comunidade, planejamento e programação local, complementaridade das ações de saúde pública e de atenção médica individual, estímulo à ação intersetorial e acompanhamento e avaliação. A saúde da família definiu ainda, o generalista como o profissional médico da

---

<sup>3</sup> Starfield B. Is Primary Care Essential? *Lancet*. 1994; 344:1129–33.

<sup>4</sup> 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.

atenção básica. Desta forma, todos os documentos orientadores previam que as equipes, além da atenção curativa individual, deveriam agir na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua<sup>5</sup>.

Tendo passado a fazer parte do SUS, o PSF expandiu-se ao longo da década de 90, principalmente em municípios de pequeno porte. Era considerado inovador e potencialmente transformador do modelo de práticas vigentes, evidenciado nas análises oficiais e na visão de vários autores que estudaram o tema, situando-na como autêntica “reforma da reforma” ou “reforma incremental” em saúde<sup>6</sup>.

Ao final da década, percebendo a dificuldade de expansão da Saúde da Família nas grandes cidades, o Ministério da Saúde introduziu incentivos diferenciados por porte populacional. Os municípios de grande porte apresentavam problemas de diferentes naturezas como concentração demográfica, oferta existente e muitas vezes consolidada baseada no modelo tradicional, com a rede assistencial desarticulada e mal distribuída. Alguns municípios tiveram papel importante nessa etapa, como Contagem em 1999 e Belo Horizonte em 2002, que tiveram a ousadia de escolher a saúde da família como modelo de reestruturação da atenção básica e realizaram ampla implantação de equipes, alcançando 50% e 70% de cobertura populacional, respectivamente, em curto espaço de tempo<sup>7</sup>.

Nesse contexto o Ministério da Saúde buscou, então, aprimorar o aporte conceitual da proposta do Programa Saúde da Família (PSF), absorvendo os marcos conceituais da Atenção Primária à Saúde abrangente, marcos esses coerentes com o processo de renovação da APS nas Américas. Com a publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passa a ter status de política governamental, sendo denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), deixando para trás seu lugar de política seletiva e focalizada<sup>8</sup>.

A PNAB colocou a atenção básica como porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Reviu as funções da Unidade Básica de Saúde e a definiu como espaço preferencial de atuação das ESF. A PNAB

---

<sup>5</sup> Goulart FA. A. Saúde da Família no Brasil: boas práticas e ciclos virtuosos. Uberlândia: Ed. EDUFU, 2007.

<sup>6</sup> Viana A D. Projeto avaliação do programa Saúde da Família: IV relatório parcial. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

<sup>7</sup> Goulart FAA. Experiências de Saúde da Família: cada caso é um caso? 2002. 387 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

<sup>8</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006. 60p.

reconheceu ainda a SF como o modelo substitutivo e de reorganização da Atenção Básica, e a necessidade de integração à rede de serviços municipal, sendo a coordenadora do cuidado. Foram detalhadas as modalidades de implantação e incentivos financeiros para as ESF, Saúde Bucal e ACS. A PNAB ressaltou a importância do desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre equipes e população, garantindo a longitudinalidade e a necessidade de desenvolvimento de estratégias de absorção da demanda espontânea e dos casos agudos.

Em 2011 foi publicada nova PNAB<sup>9</sup>, que além de criar novas formas de incentivos financeiros para a APS, ampliando seu custeio, insere novos dispositivos na Política, como os Consultórios na Rua, as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Academias da Saúde, e potencializam a inserção das outras categorias profissionais com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Atualmente, são mais de 120 milhões de brasileiros assistidos no âmbito da atenção básica por 39.000 equipes nessa estratégia, chegando a quase 62% da população do país<sup>10</sup>.

## 1.2 Atributos da Atenção Primária

A atenção primária é caracterizada como um ambiente de práticas e não como um conjunto de serviços realizados por determinados profissionais. Foram definidos, portanto, os atributos da atenção primária<sup>11</sup>:

- *Primeiro contato*: um primeiro entendimento desse atributo é o do acesso aos serviços, de forma que a APS seja a porta de entrada a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. O acesso envolve questões financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, que vão facilitar ou dificultar a utilização por parte dos indivíduos. Envolve, portanto, a localização do serviço de APS próximo à área de residência ou trabalho da população usuária, os horários e dias de funcionamento, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e sua conveniência para os usuários.

---

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. 114p.

<sup>10</sup> Macinko, J; Harris, J.M.; Phil, D. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. N Engl J Med. Jun. 372;23. 2015.

<sup>11</sup> 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.

Outro entendimento do primeiro contato é a função da APS como filtro do sistema, ou seja, se o acesso à atenção especializada é viabilizado a partir da APS, exceto em casos de urgência.

- *Longitudinalidade (vínculo)*: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber seu atendimento. Dessa forma, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais, refletindo a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

- *Integralidade (abrangência)*: as unidades de atenção primária devem estar preparadas para atender às necessidades em saúde da população, de forma resolutiva. Esse atributo inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para outros níveis (consultas especializadas, nível terciário, internação domiciliar e outros serviços comunitários).

- *Coordenação (integração)*: Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados e seu retorno ao generalista após o encaminhamento ao profissional especializado, para apoio na elucidação diagnóstica ou na decisão e no manejo terapêutico.

São considerados atributos derivados, ou seja, aqueles que qualificam a APS:

- *Enfoque familiar*: Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a riscos à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento de problemas relacionados à limitação de recursos familiares.

- *Orientação para a comunidade*: implica no conhecimento das necessidades de saúde da população adscrita em razão do contexto econômico e social em que vive, da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade e da participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.

- *Competência cultural* é o reconhecimento de diferentes necessidades dos grupos populacionais, suas características étnicas, racionais e culturais, entendendo suas representações dos processos saúde-enfermidade.

### 1.3 Avaliação da APS

Ao longo dos últimos anos, houve um enorme crescimento do interesse da área da saúde coletiva pela APS e pela estratégia SF. Os resultados positivos apontados em vários estudos abordando a Saúde da Família abrangem diferentes fatores, como a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde<sup>12</sup>, à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços<sup>13,14</sup> à redução da mortalidade infantil<sup>15</sup>, à redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária<sup>16</sup> e à melhoria de indicadores socioeconômicos da população<sup>17</sup>.

Recente pesquisa do IPEA sobre os indicadores da percepção social da saúde mostra que os brasileiros reconhecem os problemas do PSF, mas valorizam muito alguns de seus aspectos fundamentais, sendo, de acordo com a pesquisa, o projeto do SUS melhor avaliado<sup>18</sup>.

A estratégia saúde da família e a APS brasileira, vem galgando reconhecimento internacional. O relatório anual da OMS de 2008 – “Primary Health Care, now more than ever”, reforça a APS como uma idéia-força após 30 anos de Alma-Ata, e faz referência à experiência brasileira<sup>19</sup>. O *British Medical Journal* em sua edição de novembro de 2010 publicou editorial sobre a Estratégia de Saúde da Família no Brasil. Segundo os autores, o

<sup>12</sup> Elias PE et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

<sup>13</sup> Facchini LA et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2006.

<sup>14</sup> Piccini RX et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

<sup>15</sup> Macinko J; Guanais F; Souza F. An evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, p.13-9, 2006.

<sup>16</sup> Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory-care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101:1963-70.

<sup>17</sup> Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *IZA Discussion Paper Series*, Germany, n. 4119, Apr. 2009.

<sup>18</sup> IPEA. Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS). Brasília: IPEA, 2011. 21 p.

<sup>19</sup> World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care, now more than ever. Geneve: WHO, 2008.

Programa de Saúde da Família do Brasil pode ser considerado como o exemplo mundial mais impressionante de um sistema de atenção primária integral de rápida expansão e boa relação custo-efetividade<sup>20</sup>.

O Ministério da Saúde tem papel importante no desenvolvimento do campo da avaliação da APS no Brasil. No início da década passada foram contratados vários estudos em preparação para o PROESF (Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família), alguns visando o diagnóstico situacional do país, outros de linha de base. Várias linhas de pesquisa foram criadas a partir de editais lançados por componente específico do PROESF que tratava do desenvolvimento da Avaliação da APS<sup>21</sup>. O Ministério da Saúde foi também patrocinador dos estudos sobre as Interações Sensíveis à Atenção Primária, na medida em que viabilizou a construção da lista brasileira dessas condições<sup>22</sup> o que possibilitou a realização de estudos com comparabilidade no país. O apoio à criação e ao funcionamento da Rede de Pesquisas em APS na Associação Brasileira de Saúde Coletiva também é fato marcante. Essa parceria foi fundamental na viabilização do Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem se mostrado um importante dispositivo de avaliação e melhoria contínua da qualidade, sendo também fonte de reflexão para estudos e pesquisas que já começam a ser publicados. A eles foi dedicado um número exclusivo (nº 51) da Revista Saúde em Debate do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), publicado em outubro de 2014.

Foi desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins<sup>23</sup> instrumento de avaliação da APS a partir de seus atributos, abordados na seção 1.2. Essa metodologia considera que para cada um dos atributos, duas características devem ser avaliadas: aspectos estruturais, que possibilitam o cumprimento do atributo e o processo, que verifica o desempenho que leva a cumprir o atributo. Essas características podem ser então mensuradas através de um questionário chamado PCATool (Primary Health Care Tool), validado por diversos

---

<sup>20</sup> Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme BMJ 2010; 341.

<sup>21</sup> Bodstein RCA, Feliciano K, Hortale VA, Leal, MC. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*; 11(3): 725-731, 2006

<sup>22</sup> Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Dec; 29(12):2149-60.

<sup>23</sup> Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2):998-1003.

pesquisadores em várias partes do mundo, sendo hoje, um dos poucos instrumentos específicos de avaliação da APS, permitindo comparações entre diversos serviços<sup>24, 25, 26, 27</sup>.

Reconhecendo a enorme variação entre a estrutura e os processos desenvolvidos pelas eSF no Brasil e a sua relação direta com o desempenho dessas equipes na melhoria da saúde da população e dos resultados em saúde, faz-se importante aprofundar o conhecimento nessa área. Dessa forma, esse estudo está sendo proposto visando mensurar essas diferenças, verificar como elas afetam os resultados possíveis a partir da APS e com isso possibilitar avanços para as políticas de saúde em curso.

Ele fez parte do Projeto de Pesquisa: “Demanda e Qualidade Do Programa De Saúde Da Família (PSF) Na Região Metropolitana De Belo Horizonte (2003-2008): Um Estudo Epidemiológico De Base Populacional”

---

<sup>24</sup> Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria* 2007;39(8):395-401.

<sup>25</sup> Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011;11:285.

<sup>26</sup> Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care* 2011;19(2):85-103.

<sup>27</sup> Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007;22(3):167-77.

## **2. OBJETIVOS DO ESTUDO**

O presente estudo tem como objetivos:

- avaliar o desempenho da APS no município de Belo Horizonte
- avaliar os fatores que determinam esse desempenho (1º artigo) e
- verificar a correlação entre a qualidade da APS e dos seus atributos, com indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários (2º artigo).

### 3. METODOLOGIA

#### Área de estudo

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, possui cerca de 2,4 milhões de habitantes e uma área de 331 km. O município é dividido em nove regiões sanitárias (distritos) que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Os distritos sanitários possuem números variáveis de unidades básicas de saúde (UBS), proporcionais ao tamanho de sua população. Visando o planejamento das ações de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) desenvolveu um índice de vulnerabilidade à saúde (IVS), baseado nas características dos domicílios e moradores de cada setor censitário (saneamento, escolaridade e renda, mortalidade precoce). Os setores censitários são classificados em quatro extratos de risco e as áreas de risco médio, elevado e muito elevado foram selecionadas para a implantação da ESF a partir de 2001. Entre 2003 e 2010, o número de equipes da ESF aumentou de 473 para 538, alcançando a cobertura de 75% do total da população nesse ano.

#### População do estudo

No **1º artigo**, a população do estudo são todos os 147 gerentes das UBS e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes da ESF. Ao longo desse período, todas as UBS “tradicionais” nas áreas de cobertura da ESF foram substituídas pelo novo modelo de atenção. Portanto, **no 2º artigo**, os indivíduos que serão analisados correspondem àqueles que residem nas áreas de risco médio, elevado e muito elevado, que eram as selecionadas para implantação de equipes de saúde da família e aqueles residentes nas áreas de baixo risco que relatam serem atendidos por uma equipe de saúde da família.

#### Coleta de dados

No 2º artigo, a coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte

(PED/RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo do Estado de Minas Gerais.

### **Variáveis**

No **1º artigo**, as variáveis dependentes estudadas foram o escore da APS e seus atributos e as independentes a existência de equipamentos e insumos na UBS para o desempenho das funções nos últimos 6 meses; o suprimento adequado de medicamentos essenciais nos últimos 6 meses e pelo menos 50% dos profissionais da ESF treinados em saúde da família. Os fatores organizacionais considerados foram: presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (30 horas semanais) e o número de equipes da ESF por unidade.

No **2º artigo**, as independentes ausência de queixa quanto ao serviço de saúde, ter recebido aconselhamento médico sobre dieta, atividade física, álcool ou tabagismo, ter realizado pelo menos uma consulta médica no ano com especialista, ter realizado pelo menos três consultas médicas no ano com generalista, realização de uma ou mais medidas da pressão arterial nos últimos dois anos, determinação do colesterol nos últimos 5 anos, realização do exame do Papanicolau nos últimos 3 anos e vacinação em idosos e as variáveis dependentes estudadas foram o escore da APS e seus atributos, além das variáveis de confusão sexo, faixa etária, até 8 ou 8 ou mais anos de estudo, escore de bens domiciliares, plano de saúde, escore de condições de saúde e regiões do município.

### **Análise estatística**

Para a análise das questões provenientes do PCATool, as respostas estavam dentro de duas escalas. Uma escala tipo Likert de 4 categorias: “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre” e outra com as categorias “0-24%”, “25-49%”, “50-74%” e “75-100%”. As categorias “nunca” e “algumas vezes” foram categorizadas como 0, como previamente recomendado. Categorização semelhante foi feita para os valores percentuais  $\leq 49$  inferiores e  $\geq 50\%$ , também como previamente recomendado. O escore de cada atributo foi definido pela somatória das respostas de seus componentes, dividido pelo total de entrevistados. O escore

total da APS foi considerado como a média dos escores dos 7 atributos. Os escores são apresentados em forma de médias que variam de 0 a 1 e IC 95% (Intervalo de confiança de 95%), estimadas pela regressão linear. Como supõe-se que a presença de várias equipes da ESF na mesma UBS exerce grande influência em suas características, foi realizado ajuste no modelo para reduzir o efeito dessa agregação. O mesmo procedimento repetiu-se na análise multivariada.

No **Artigo 1**, a análise multivariada dos fatores associados ao desempenho da APS baseou-se em razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% estimados por meio da regressão binomial negativa com variância robusta, controlando a agregação das equipes nas UBS. Já no **Artigo 2**, a análise multivariada para estimar as razões de prevalência foi feita utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta para eventos comuns.

Conforme mencionado, todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata, versão 12 (Stata Corporation. Stata Statistical Software Intercooled. Texas: USA; 2009).

**4 ARTIGO 1**

**Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da Atenção Primária  
à Saúde em Belo Horizonte na avaliação de gestores e enfermeiros**

Artigo submetido aos Cadernos de Saúde Pública em 01/Set/2014 e aprovado em  
02/Mar/2015 (Anexo 1)

**Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte na avaliação de gestores e enfermeiros**

**Maria Aparecida Turci, MPH<sup>1</sup>, Maria Fernanda Lima-Costa, MD, PhD<sup>1,2</sup>, and James Macinko, PhD<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

<sup>3</sup> Departments of Health Policy and Management and Community Health Sciences, University of California, Los Angeles, USA.

**Autor Correspondente:**

Maria Aparecida Turci, MPH, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Augusto de Lima, 1715, CEP 30190-002, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Phone number: +55(31)3349-7733/7741

Email: [mariaturci@gmail.com](mailto:mariaturci@gmail.com)

**Funding:**

O estudo “Os atributos da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte” foram financiados pelo Ministério da Saúde no escopo do projeto: “Demanda e Qualidade Do Programa De Saúde Da Família (PSF) Na Região Metropolitana De Belo Horizonte (2003-2008): Um Estudo Epidemiológico De Base Populacional”

## **INFLUÊNCIA DE FATORES ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS NO DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELO HORIZONTE NA AVALIAÇÃO DE GESTORES E ENFERMEIROS**

### **INTRODUÇÃO**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde e local do cuidado contínuo e integral ao indivíduo no contexto da família e da comunidade <sup>1</sup>. Trata-se de uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, visando o acesso universal e sua maior efetividade <sup>2</sup>. No Brasil, a expansão da APS vem ocorrendo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde sua implantação em 1994 <sup>3</sup>. Investigações têm mostrado que essa estratégia é efetiva para reduzir a mortalidade infantil <sup>4,5</sup>, as hospitalizações por condições sensíveis à APS <sup>6,7,8,9</sup> e as iniquidades na utilização dos serviços <sup>10,11</sup>.

Starfield <sup>12</sup> define que a APS possui cinco atributos nucleares: o acesso, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural são considerados atributos derivados. Essas características combinadas são exclusivas da APS.

Na última década, estudos foram conduzidos no Brasil para avaliar o desempenho da APS. Tanto os resultados de estudos conduzidos entre usuários <sup>13,14</sup>, profissionais de saúde <sup>15</sup> quanto estudos epidemiológicos de base populacional <sup>16,17,18</sup> mostraram melhor desempenho da ESF em comparação à assistência ambulatorial tradicional no que se refere aos atributos citados. Por outro lado, existem poucas investigações examinando características organizacionais dos serviços de saúde associadas ao desempenho da APS no Brasil. Investigações conduzidas entre médicos e enfermeiros das equipes das ESF nos municípios de Porto Alegre <sup>15</sup> e de Curitiba <sup>19</sup> mostraram associação positiva entre a formação em medicina de família e/ou enfermagem comunitária e o bom desempenho dessa estratégia na avaliação desses profissionais. Na literatura consultada não encontramos estudos examinando a influência da infraestrutura e dos fatores organizacionais no desempenho da APS em nosso meio.

O presente trabalho foi conduzido no município de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil) com o objetivo geral de avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde. O segundo objetivo foi examinar a influência das características estruturais (disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos e treinamento dos profissionais) e organizacionais (número de equipes da ESF por UBS- Unidade Básica de Saúde, tempo do médico na equipe) nesse desempenho.

## **METODOLOGIA**

### Área de estudo

Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, possui cerca de 2,4 milhões de habitantes e uma área de 331 km<sup>2</sup>. O município é dividido em nove regiões sanitárias (distritos) que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Os distritos sanitários possuem números variáveis de unidades básicas de saúde (UBS), proporcionais ao tamanho de sua população. Em 2010, o município possuía 147 UBS, cada uma administrada por um gerente. Cada UBS possuía uma ou mais equipes da ESF, totalizando 538 equipes. A ESF foi implantada no município no ano de 2003. Em 2010, essa estratégia cobria 75% da população do município. Mais detalhes acerca da divisão administrativa, da distribuição espacial das UBS e dos critérios que orientaram a implantação da ESF no município de Belo Horizonte podem ser vistos em publicação anterior <sup>20</sup>.

### Participantes do estudo

Para o presente trabalho foram selecionados todos os 147 gerentes das UBS e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes da ESF. A escolha do enfermeiro como representante da respectiva equipe foi determinada em função da sua atribuição de coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e de supervisionar os técnicos de enfermagem <sup>21</sup>, assumindo-se que esse profissional tem maior familiaridade com o processo de atenção em saúde da sua equipe.

Os questionários foram entregues aos participantes em seminário. Após o preenchimento, todos os questionários foram lacrados e rubricados pelo próprio respondente. Todos os informantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2010. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da SMS/BH (CAAE 0032.0.410.245-10).

### Instrumento

O questionário PCATool (“Primary Health Care Assessment Tool”) foi desenvolvido para avaliação da qualidade e da adequação da APS por meio dos seus atributos, tendo sido previamente validado em diferentes países <sup>22, 23, 24, 25, 26</sup>, incluindo o Brasil <sup>27,28</sup>. Esse instrumento possui versões para gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde. Neste

trabalho foi utilizada sua versão em português validada no Brasil <sup>27</sup> com pequenas adaptações testadas em estudos posteriores <sup>13,29</sup>. As perguntas que compuseram o questionário do presente estudo constam da Tabela 1.

As informações obtidas junto aos gestores referiram-se à UBS e às equipes da ESF sob sua direção. As informações obtidas junto aos enfermeiros referiram-se à equipe da ESF na qual atuavam. A estratégia de usar dois grupos de respondentes foi adotada para capturar mais informações sobre o desempenho dos serviços, verificar possíveis variações nas avaliações entre eles e/ou inconsistências nos resultados.

### Atributos da APS

A mensuração de cada atributo foi feita por um conjunto de itens que constam da Tabela 1. Apesar de ser um dos atributos da APS, a competência cultural não foi avaliada, pois as questões relativas a essa dimensão não se mostraram representativas do atributo nas validações brasileiras <sup>27,28</sup>.

### Características estruturais e organizacionais

As características estruturais consideradas foram: a existência de equipamentos e insumos na UBS para o desempenho das funções nos últimos 6 meses; o suprimento adequado de medicamentos essenciais nos últimos 6 meses e pelo menos 50% dos profissionais da ESF treinados em saúde da família. Os fatores organizacionais considerados foram: presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (30 horas semanais) e o número de equipes da ESF por unidade. Questões relativas a essas variáveis foram agregadas ao questionário PCATool e também respondidas pelos entrevistados.

### Análise dos dados

As perguntas do questionário possuíam respostas dentro de duas escalas. Uma escala tipo Likert de 4 categorias: “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre” e outra com as categorias “0-24%”, “25-49%”, “50-74%” e “75-100%”. As categorias “nunca” e “algumas vezes” foram categorizadas como 0, como previamente recomendado <sup>27,30</sup>. Categorização semelhante foi feita para os valores percentuais  $\leq 49$  inferiores e  $\geq 50\%$ , também como previamente recomendado <sup>27,30</sup>. O escore de cada atributo foi definido pela somatória das

respostas de seus componentes, dividido pelo total de entrevistados. O escore total da APS foi considerado como a média dos escores dos 7 atributos. Os escores são apresentados em forma de médias que variam de 0 a 1 e IC 95% (Intervalo de confiança de 95%), estimadas pela regressão linear. Como supõe-se que a presença de várias equipes da ESF na mesma UBS exerce grande influência em suas características, foi realizado ajuste no modelo para reduzir o efeito dessa agregação. O mesmo procedimento repetiu-se na análise multivariada. Essas análises foram realizadas utilizando-se os comandos escritos pelo menu **vce (cluster clustvar)** do Stata 12.

Foram calculados escores totais e também os escores separados para gerentes e profissionais. Além de identificar possíveis discordâncias entre os dois grupos, essa medida foi agregada para verificar a consistência interna das respostas. O índice  $\alpha$  de Cronbach de 0,83 mostrou adequadas a confiabilidade e a consistência interna do instrumento utilizado na pesquisa.

Na análise univariada das características estruturais e organizacionais, as equipes de ESF foram estratificadas entre aquelas que apresentavam escore total da APS iguais ou superiores à mediana ( $> 0,77$ ) e inferiores a esse valor. Dessa forma, para fins de interpretação, consideraram-se as primeiras com alto desempenho na APS e, consequentemente, as demais com baixo desempenho na APS.

A análise multivariada dos fatores associados ao desempenho da APS baseou-se em razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% estimados por meio da regressão binomial negativa com variância robusta, controlando a agregação das equipes nas UBS. A regressão binomial negativa foi a opção de escolha ao invés da regressão logística, dada a concentração das médias nas notas mais altas ( $> 0,60$ ). Verificou-se a contribuição de cada variável ao modelo final pela significância estatística e a adequação do modelo aninhado pelo cálculo da razão de verossimilhança. A presença de multicolinearidade foi avaliada por meio do VIF (Variance Inflation Factor), observando-se com valores aceitáveis para os escores de todos os atributos.

Conforme mencionado, todas as análises foram realizadas utilizando-se o software Stata, versão 12 (Stata Corporation. Stata Statistical Software Intercooled. Texas: USA; 2009).

## RESULTADOS

Do total de enfermeiros e gerentes elegíveis, 463 (86,3%) e 138 (97,%) participaram da pesquisa, respectivamente. As razões de não participação foram férias e licenças médicas; somente um profissional recusou-se a responder o questionário.

Na Tabela 2 estão apresentados os escores dos atributos da APS, segundo o respondente. O escore total da APS foi de 0,75, variando entre 0,75 entre os enfermeiros e 0,78 entre os gestores ( $p < 0.001$ ). O atributo melhor pontuado foi o primeiro contato (0,95), seguido pela longitudinalidade e a integralidade (0,83 para ambos), coordenação (0,78), enfoque familiar (0,68), orientação comunitária (0,56) e acesso (0,45). Os atributos da longitudinalidade, da integralidade, do enfoque familiar e da orientação comunitária foram melhor avaliados entre os gestores do que entre os enfermeiros ( $p < 0.05$ ). Os escores dos demais atributos não diferiram entre os dois grupos.

Na Tabela 3 está apresentada a distribuição percentual das características de estrutura das Unidades Básicas de Saúde e da organização das equipes da ESF, segundo o escore total dos atributos da APS. A maior parte das unidades básicas possuía quatro ou mais equipes da ESF (62,1%). Globalmente, na avaliação de gestores e enfermeiros, 89,3% das unidades básicas possuíam suprimento adequado de medicamentos, 71,1% possuíam equipamentos e insumos adequados às suas funções, 85,9% contavam com um médico pelo menos 30 horas por semana e 79,9% das equipes possuíam pelo menos a metade dos profissionais com treinamento em saúde da família. Todos esses fatores apresentaram associações estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) com o desempenho da APS.

Os resultados da análise multivariada das associações entre características de estrutura das UBS e da organização das equipes da ESF e o total dos atributos da APS estão apresentados na Figura 1. Com exceção do suprimento adequado de medicamentos, todas as características analisadas apresentaram associações positivas e estatisticamente significantes com o alto desempenho da APS. A associação mais forte foi com a disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP=1,57; IC 95%=1,27-1,95), seguida pela formação dos profissionais da equipe em saúde da família (RP=1,44; IC95% 1,09-1,91), pela presença do médico por período superior a 30 horas semanais (RP=1,42; IC95% 1,05-1,92), e pelo número de equipes da ESF por Unidade Básica de Saúde (RP=1,09; IC95% 1,02-1,06).

A Tabela 4 apresenta os resultados finais da análise multivariada dos fatores estruturais e organizacionais associados ao escore de cada atributo da APS. O número de equipes da ESF por Unidade Básica de Saúde apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com os atributos da coordenação (RP=1,07; IC95% 1,01-1,14) e enfoque familiar (RP=1,08; IC95% 1,02-1,15). O suprimento adequado de medicamentos apresentou associação positiva com a longitudinalidade (RP=1,28; IC95% 1,01-1,63). A disponibilidade de equipamentos básicos e insumos apresentou-se positivamente associada à integralidade (RP=1,23; IC95% 1,08-1,39) e à coordenação (RP=1,30; IC95% 1,11-1,53). A presença do médico por período superior a 30 horas semanais mostrou forte associação com a longitudinalidade (RP=1,47; IC95% 1,16-1,85), a coordenação (RP=1,28; IC95% 1,03-1,59) e o enfoque familiar (RP=1,37; IC95% 1,06-1,78). A formação de pelo menos 50% dos membros da equipe (médico e outros profissionais) em saúde da família mostrou associação positiva com a integralidade (RP=1,33; IC95% 1,10-1,59) e a coordenação (RP=1,32; IC95% 1,08-1,62). Nenhuma das características investigadas apresentou associação independente com os atributos do primeiro contato e do acesso.

## DISCUSSÃO

Este trabalho mostra que os atributos da APS em Belo Horizonte apresentam bom desempenho na avaliação dos profissionais e gestores envolvidos com a ESF. Entretanto, existe heterogeneidade nessa avaliação, com melhor avaliação do primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, e pior avaliação do acesso e orientação comunitária. Por fim, as características estruturais das UBS e da organização das equipes da ESF influenciam esse desempenho.

Boas avaliações da APS, utilizando metodologia semelhante, foram observadas em municípios brasileiros <sup>13,15,19,30,31</sup>. Entretanto, quando verificado o desempenho dos atributos destacadamente, os resultados deste trabalho diferem dos realizados em São Paulo, a coordenação e a integralidade receberam maiores pontuações <sup>13</sup> e de Porto Alegre <sup>15</sup>, com maior pontuação no enfoque familiar. Esses resultados demonstram como o desempenho dos atributos da APS podem variar mesmo entre municípios com características sociodemográficas semelhantes, identificando oportunidades de melhoria da APS.

Sabe-se que um dos pontos mais elementares em avaliações de qualidade da APS é a presença de estrutura <sup>32</sup>. Em levantamento nacional Barbosa et al <sup>33</sup>. Observou-se que 85% das equipes possuíam equipamentos básicos em 2008 e 81% em 2001<sup>34</sup>; e a proporção de equipes com equipamento gineco-obstétrico básico, que já era baixa em 2001 (62%), diminuiu para 59% em 2008. A proporção de médicos que atuava 40 horas semanais foi reduzida de 64% em 2001 para 62% em 2008, demonstrando um afastamento do padrão da ESF. Portanto, são necessários investimentos sustentados para que a APS alcance o padrão necessário para desempenhar seu papel na rede assistencial e o preparo da equipe para a atuação na APS <sup>35</sup>. Barbosa et al <sup>33</sup> mostra ainda que em 2001, 70% das equipes da ESF atuavam em UBS com apenas uma equipe, proporção ampliada para 75% em 2008. À época, essa era uma situação desejável pela proximidade geográfica da equipe à comunidade. Já em grandes centros urbanos, onde há adensamento populacional, o compartilhamento da UBS por mais equipes pode significar ganhos adicionais.

O primeiro contato é o atributo que coloca a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, com função de “gate keeping”, evitando a realização de exames e tratamentos desnecessários <sup>36</sup>. Em Belo Horizonte, esse atributo recebeu alta pontuação. Na análise

multivariada não houve fatores associados a esse atributo, sugerindo que seu desempenho deve-se a outros que não os estudados, provavelmente devido à consolidação das políticas de regulação do SUS que controlam o acesso direto do usuário à atenção especializada <sup>37</sup>. Outro estudo realizado nesse município mostrou que os usuários diminuíram a procura por serviços hospitalares, especializados e de urgência após a implantação da ESF <sup>38</sup>.

O acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade. A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde. <sup>39,40</sup> Neste estudo o acesso foi o atributo pior avaliado. Esta avaliação negativa pode ser explicada pelas características organizacionais locais, onde as UBS funcionam apenas nos dias úteis e em horário comercial <sup>10</sup>. Também não são ofertadas formas mais ágeis de marcação de consultas ou de obtenção de informações por telefone e/ou internet. <sup>42</sup>.

A longitudinalidade está associada à maior familiaridade com o paciente, melhor identificação de problemas de saúde, realizações mais frequentes de exames preventivos <sup>42</sup> e à satisfação do paciente. <sup>43</sup> Este atributo foi bem avaliado neste estudo, com dois fatores associados: presença do médico por mais de 30 horas semanais e a disponibilidade de medicamentos. Estudo canadense mostrou que a principal característica da prática médica a influenciar a longitudinalidade foi o número de pacientes atendidos/hora, que quando superior a 3,4 traz prejuízo. <sup>44</sup> Quanto menor o tempo do médico na UBS, maior será a pressão da demanda por atendimentos e conseqüentemente, maior o número de atendimentos por hora, portanto, a presença do médico por mais tempo propicia a longitudinalidade. Este foi o único atributo sensível à disponibilidade de medicamentos. Uma explicação é a existência de outras fontes de suprimento, sobretudo a farmácia popular. Em BH, queixas para a obtenção de medicamentos diminuíram pela metade entre 2003 e 2010, refletindo a melhora desse acesso no período <sup>45</sup>.

A integralidade reflete a capacidade da APS de realizar ações que atendam às necessidades de saúde da comunidade. Ela está associada à qualidade, eficiência, equidade e redução da morbidade <sup>46</sup>. Neste trabalho, a disponibilidade de equipamentos e outros insumos na UBS e a formação da equipe em ESF apresentaram associações independentes com esse atributo, confirmando resultados de trabalhos anteriores <sup>47</sup>. Estudo de revisão comprova a

importância da presença do enfermeiro para a integralidade <sup>48</sup>. Essa é uma característica da estratégia brasileira para a organização da APS.

A coordenação facilita o acesso do paciente aos níveis do sistema <sup>49</sup>, propicia menor uso de especialidades e redução das internações <sup>50</sup> e foi o quarto melhor avaliado. Neste estudo foi o atributo influenciado pelo maior número de características sugerindo que UBS com mais equipes e melhor estruturadas tem maior probabilidade de ter um bom desempenho nesse atributo. Estudo canadense mostrou que a principal característica a influenciar a coordenação foi a dedicação de 50 a 70% do tempo dos médicos na unidade de saúde <sup>52</sup>. O tempo do médico na equipe/UBS é tema de discussão no país, tendo sido alterada norma sobre a presença desse profissional em regime de 40 horas semanais <sup>21</sup>. Apesar de não generalizáveis para todo o país, os resultados deste estudo chamam a atenção para a necessidade de investigações para analisar a pertinência da mudança do tempo dedicado dos médicos à ESF. Esse e mais outro estudo canadense <sup>44,52</sup> mostram que a presença de uma rede especializada articulada às UBS, possibilitando troca de opiniões, contribui para a coordenação. A adequada capacitação dos profissionais para essa função também foi demonstrada imprescindível <sup>37</sup>.

Neste trabalho, o enfoque familiar e a orientação comunitária receberam piores avaliações, como em outros estudos <sup>13,14,52</sup>. Esse cenário é preocupante, uma vez que esses atributos são aqueles que diferenciam a ESF do modelo ambulatorial tradicional. Na análise, o número de equipes por UBS e a presença do médico apresentaram associações independentes com o desempenho do enfoque familiar. Estranha-se o fato de que a formação dos profissionais na ESF não apresentou associação com nenhum desses atributos. São necessárias investigações complementares para melhor entendimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que é o profissional-chave para um bom desempenho desses atributos e cujo trabalho, por vezes, se encontra distante do originalmente proposto <sup>53</sup>.

Este trabalho tem vantagens e limitações. A abrangência do estudo, que contemplou todas as equipes da ESF em um dos maiores municípios brasileiros, é uma das vantagens, bem como o uso de questionário amplamente utilizado e previamente validado no Brasil, com alta proporção de respostas e boa consistência aferida pelo índice alpha de Cronbach, garantindo a validade interna da pesquisa. A opção por constituir dois grupos de respondentes

possibilitou capturar informações de distintos pontos de vista, pois mesmo tendo sido consistentes entre gestores e enfermeiros, as avaliações mostraram algumas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos. A principal limitação do estudo é a subjetividade das respostas, baseada na experiência de cada profissional. Isso pode ter afetado os resultados, como sugerido por avaliações mais favoráveis dos gestores em relação a alguns atributos e o escore total. Para contornar esse problema, a condição do respondente (se gestor ou enfermeiro) foi considerada a priori uma variável de confusão do estudo e foi incluída em todos os modelos ajustados. Outra limitação do estudo é a ausência de informações acerca da percepção dos usuários, embora um estudo anterior tenha mostrado que a percepção dos usuários apresenta concordância com as dos profissionais <sup>27</sup>. Finalmente, vale ressaltar que o escore total da APS e de alguns dos seus atributos apresentou alguma variação entre os diferentes distritos sanitários (não mostrado) <sup>54</sup>. Por isso, o distrito foi também considerado variável de confusão e incluído como fator de ajustamento nos modelos multivariados. Essas variações geográficas podem refletir diferenças na qualidade da APS dentro do município, gerando iniquidades, e precisam ser avaliadas com mais profundidade.

A implementação da ESF ainda está em processo de construção no país e a sua avaliação permanente deve ser incentivada. O PCATool é um questionário amplamente validado, constituindo-se em um dos bons instrumentos para avaliação do desempenho da APS em diferentes contextos, para identificar aspectos que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade da APS em nosso meio.

As implicações dos nossos resultados para o planejamento em saúde podem ser resumidas em quatro pontos principais. A disponibilidade de insumos e de equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, revelando a importância do financiamento e de sistemas logísticos adequados para a qualidade da ESF. A formação das equipes no tema “saúde da família” foi o segundo fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, chamando a atenção para a importância e a necessidade da formação específica na área. A presença do médico por pelo menos 30 horas semanais foi o terceiro fator mais importante na avaliação da APS, e aquele mais fortemente associado aos atributos da longitudinalidade, da coordenação e do enfoque familiar. Esse resultado reforça a importância de políticas de alocação dos médicos nas equipes em tempo integral. O número de equipes da ESF por UBS também apresentou associação positiva com o desempenho do

escore da APS. Isso pode ser explicado pelo melhor ambiente de trabalho decorrente de menor isolamento dos profissionais, da possibilidade de trocas de experiências e de intersubstituições. Portanto, investimentos deveriam ser feitos no sentido de garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e uma maior sustentabilidade dessa política.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005 83(3):457-502.
- 2 Organização Panamericana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde das Américas.* Washington, DC 2007.
- 3 Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet.* 2011 377 (9779):1778-1797
- 4 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.
- 5 Aquino R, de 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
- 6 Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care.* 2011 Jun;49(6):577-84
- 7 Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood).* 2010 Dec;29(12):2149-60.
- 8 Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health,* 2011 Oct;101(10):1963-70.
- 9 Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan,* 2012 Jul;27(4):348-55.
- 10 Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large brazilian city. *J Urban Health.* 2010 Dec;87(6):994-1006.
- 11 Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health.* 2012 Jun;21(11):33.
- 12 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.

- 13 Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 Set;11(3):633-641
- 14 Leão, CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet*. 2011;16(11):4415-4423.
- 15 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;Set 28(9):1772-1784. <sup>13,15,19,30,31</sup>
- 16 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, 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;Set 11 (3):669-681.
- 17 [Macinko J](#), [Lima Costa MF](#). Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. [Trop Med Int Health](#). 2012 Jan;17(1):36-42.
- 18 Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. Estratégia Saúde da Família em comparação com outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2013 Jul;29(7):1370-1380.
- 19 Chomatas, ERV. Avaliação da Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde do município de Curitiba no ano de 2008. [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 20 Turci, MA. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação (2008).
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- 22 Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*. 2011 May;9(11):285.
- 23 Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.
- 24 Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. An instrument to evaluate primary health care from the population perspective. *Aten Primaria*. 2007 Aug;39(8):395-401.

- 25 [Jeon KY](#). Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care*. 2011;19(2):85-103.
- 26 [Yang H](#), [Shi L](#), [Lebrun LA](#), [Zhou X](#), [Liu J](#), [Wang H](#). Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care*. 2013 Feb;25(1):92-105.
- 27 [Macinko J](#), [Almeida C](#), [de Sá PK](#). A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;May 22(3):167-77
- 28 [Harzheim E](#), [Starfield B](#), [Rajmil L](#), [Alvarez-Dardet C](#), [Stein AT](#). Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cad Saude Publica*. 2006 Aug;22(8):1649-59.
- 29 van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S148-58.
- 30 [Macinko J](#), [Almeida C](#), [dos SE](#), [de Sá PK](#). Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004 Oct-Dec;19(4):303-17.
- 31 Pereira MJB, Mishima SM, Bava MCC, Santos JSS, Matumoto S, Fortuna CM, Santos CB. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. Internet 2007 Ribeirão Preto Disponível em: [http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion\\_V/sesion27/02-09\\_sesion27\\_2-pt.pdf](http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf)
- 32 Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4315-4326.
- 33 Barbosa ACQ, Rodrigues JM, Sampaio LFR. De programa a estratégia: a saúde da família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década de 2000. Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira, 2010, [Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais](#).  
[http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario\\_diamantina/2010/d10a043.pdf](http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario_diamantina/2010/d10a043.pdf)
- 34 Brasil. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002. Editora MS, 2004.

- 35 Silva NC, Braga RR, Rocha TAH, Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Saúde da Família e RH: dimensões para efetividade. *Revista de Administração FACES Journal*. 2011 abr-jun;10(2):121-145.
- 36 Gervas J, Perez Fernandez M. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2006 Jun;9(2):251-252.
- 37 [Almeida PF](#), [Giovanella L](#), [Mendonça MH](#), [Escorel S](#). Challenges for healthcare coordination: strategies for integrating levels of care in large cities. *Cad Saude Publica*. 2010 Feb;26(2):286-98.
- 38 [Almeida PF](#), [Fausto MC](#), [Giovanella L](#). Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. [Rev Panam Salud Publica](#). 2011 Feb;29(2):84-95.
- 39 [Carret ML](#), [Fassa AG](#), [Kawachi I](#). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. [BMC Health Serv Res](#). 2007 Aug;18(7):131.
- 40 [Derlet RW](#), [Richards JR](#). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. [Ann Emerg Med](#). 2000 Jan;35(1):63-8.
- 41 [Vieira-da-Silva LM](#), [Chaves SC](#), [Esperidião MA](#), [Lopes-Martinho RM](#). Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. [J Epidemiol Community Health](#). 2010 Dec;64(12):1100-5.
- 42 [Cabana MD](#), [Jee SH](#). Does continuity of care improve patient outcomes? [J Fam Pract](#). 2004 Dec;53(12):974-80.
- 43 Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Medical Care Research & Review* 2006;63:158-188.
- 44 Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*. 2008 Mar-Apr;6(2):116-23.
- 45 Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
- 46 [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.
- 47 [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 [BMC Health Serv Res](#). 2010 Mar;13(10):65.

- 48 [Halcomb EJ](#), [Davidson PM](#), [Daly JP](#), [Griffiths R](#), [Yallop J](#), [Tofler G](#). Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. [Aust Health Rev](#). 2005 May;29(2):156-66.
- 49 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.
- 50 [Sung NJ](#), [Suh SY](#), [Lee DW](#), [Ahn HY](#), [Choi YJ](#), [Lee JH](#). Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. [Int J Qual Health Care](#). 2010 Dec;22(6):493-9.
- 51 [Russell G](#), [Dahrouge S](#), [Tuna M](#), [Hogg W](#), [Geneau R](#), [Gebremichael G](#). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care [Fam Pract](#). 2010 Oct;27(5):535-41.
- 52 Ibañez N, Rocha JSY, Castro PCD, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes, MH, Viana, ALDA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;Jul-Set 11(3):683-703.
- 53 [Fausto MC](#), [Giovannella L](#), [de Mendonça MH](#), [de Almeida PF](#), [Escorel S](#), [de Andrade CL](#), [Martins MI](#). The Work of Community Health Workers in Major Cities in Brazil: Mediation, Community Action, and Health Care. [J Ambul Care Manage](#). 2011 Oct-Dec;34(4):339-53.
- 54 Lima-Costa MF, Turci M, Macinko J. Os atributos da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

## TABELAS

Tabela 1 – Definição operacional dos atributos da Atenção Primária à Saúde.<sup>1</sup>

Atributo	Item de verificação no PCATool
<p><b>ACESSO:</b> compreende a localização da unidade de saúde próxima à população, os horários e dias de funcionamento, a abertura para consultas não agendadas e a conveniência para os usuários</p>	<p>Obtenção de consultas não urgentes em 24 horas;            Funcionamento da unidade no fim de semana;            Funcionamento da unidade até às 18 horas pelo menos um dia da semana; Marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento da unidade;            Disponibilidade de telefone para informações durante o horário de funcionamento da unidade;            Telefone para informações quando a unidade está fechada;            Espera de mais de 30 minutos para obter atendimento por profissional de saúde.</p>
<p><b>PRIMEIRO CONTATO:</b> considera a busca da APS a cada novo problema de saúde, exceto em urgências</p>	<p>Obrigatoriedade da consulta na unidade básica antes da busca por outro nível de atenção (exceto em emergências);            Proporção dos usuários que, em geral, procuram a UBS antes da busca por outro serviço a cada novo problema de saúde.</p>
<p><b>LONGITUDINALIDADE:</b> compreende a existência de fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo</p>	<p>Usuário ser examinado pelo mesmo profissional em diferentes consultas;            Equipe ter sua população cadastrada;            Em caso de dúvida sobre o tratamento, o usuário poder falar com o mesmo profissional que o atendeu;            Os profissionais darem tempo suficiente para que o usuário esclareça suas dúvidas;            Os profissionais usarem o prontuário em todas as consultas;            Os profissionais terem informações sobre os medicamentos em uso pelo usuário durante o atendimento;            Os profissionais serem informados se o usuário não consegue obter ou comprar o(s) medicamento(s) prescrito(s).</p>
<p><b>INTEGRALIDADE:</b> elenco de serviços oferecidos</p>	<p>Vacinação de crianças;            Atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos;            Controle pré-natal, planejamento familiar, atendimento às doenças sexualmente transmissíveis;            Controle da tuberculose; controle e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas;            Tratamento e controle de asma, diabetes, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica;            Atendimento de casos agudos;            Tratamentos de pequenas feridas;            Pequenas cirurgias;            Aconselhamento sobre uso de álcool e tabaco;            Acompanhamento de saúde mental e nutrição;            Educação em saúde, incluindo violências e acidentes domésticos;            Prevenção em saúde bucal;            Assistência odontológica preventiva e curativa;            Disponibilidade de protocolos de atendimento e seguimento desses protocolos;            Segurança para abordar os problemas de saúde dos idosos.</p>
<p><b>COORDENAÇÃO:</b> continuidade do cuidado e encaminhamento e acompanhamento do usuário quando necessita de serviços especializados.</p>	<p>Existência de registros obrigatórios das crianças atendidas;            Disponibilização para o usuário dos registros das imunizações e do monitoramento do crescimento das crianças;            Disponibilização à gestante dos registros do controle pré-natal;            Uso de normas para referência e contra-referência;            Discussão com o usuário acerca de locais para atendimento quando o</p>

	<p>encaminhamento é necessário;</p> <p>Fornecimento ao usuário de informações escritas para entregar ao serviço referido e vice-versa; conversa com o usuário sobre o que ocorreu no atendimento no serviço de referência</p> <p>Acesso aos resultados dos exames laboratoriais; consulta de retorno – com a mesma equipe – após realização dos exames laboratoriais;</p> <p>Informações sobre agendamento nos serviços de referência; existência de regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência;</p> <p>Disponibilidade do prontuário quando solicitado pelo médico;</p> <p>Existência de auditoria médica dos prontuários.</p>
<p><b>ENFOQUE FAMILIAR:</b> consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como à identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar.</p>	<p>Existência de prontuários médicos organizados por família;</p> <p>Solicitação de informações sobre outros membros da família;</p> <p>Conversa com a família sobre o problema de saúde do usuário, fatores de risco social ou condições de vida;</p> <p>Recomendariam pelo usuário dos serviços para amigos ou parentes.</p>
<p><b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA:</b> reconhecimento do contexto social.</p>	<p>Realização de enquetes para avaliar as necessidades de saúde da população;</p> <p>Realização de enquetes para identificar os principais problemas de saúde;</p> <p>Representação de membros da comunidade na gestão da unidade;</p> <p>Existência de serviço de saúde nas escolas da área de abrangência;</p> <p>Realização de serviços curativos domiciliares;</p> <p>Realização de visitas domiciliares regulares;</p> <p>Realização de ações intersetoriais por parte da equipe da ESF com outras organizações ou grupos da comunidade;</p> <p>Autonomia da equipe da ESF para reorganizar a oferta de serviços conforme os problemas da comunidade.</p>

<sup>1</sup> Adaptado de Macinko, 2007

Tabela 2 – Escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo o respondente (Belo Horizonte, 2010).

Atributo	Total (n=601)		Enfermeiros (n=463)		Gestores (n=138)	
	Escore <sup>1</sup>	IC 95%	Escore <sup>1</sup>	IC 95%	Escore <sup>1</sup>	IC 95%
Primeiro Contato	0,95	0,94-0,97	0,95	0,94-0,97	0,96	0,94-0,98
Acesso	0,45	0,43-0,46	0,45	0,43-0,47	0,46	0,44-0,49
Longitudinalidade	0,83	0,81-0,85	0,83	0,81-0,85	0,89	0,87-0,91
Integralidade	0,83	0,82-0,84	0,83	0,82-0,84	0,85	0,84-0,87
Coordenação	0,78	0,77-0,79	0,78	0,77-0,79	0,79	0,77-0,80
Enfoque Familiar	0,68	0,66-0,71	0,68	0,66-0,71	0,75	0,71-0,78
Orientação Comunitária	0,56	0,54-0,59	0,56	0,54-0,57	0,65	0,62-0,68
Escore Total da APS	0,75	0,74-0,76	0,75	0,74-0,76	0,78	0,77-0,79

<sup>1</sup>Os resultados estão apresentados em médias e IC 95% (Intervalo de confiança de 95%) calculadas por meio de regressão linear controlando a agregação das equipes de saúde da família por Unidade Básica de Saúde  
 Valor de p: teste z para diferenças entre as médias dos enfermeiros e gestores

Tabela 3 – Distribuição das características de estrutura e dos fatores organizacionais, segundo o desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária à Saúde (APS) (Belo Horizonte, 2010).

Características das ESF	Total (n=594) <sup>1</sup> %	Escore Total		P
		Baixo Desempenho (Inferior à mediana) %	Alto Desempenho (Igual ou superior à mediana) %	
Unidade Básica de Saúde com 4 ou mais Equipes de Saúde da Família (%)	62.1	57.5	66.4	0,024
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na Unidade de Saúde (vs. Nunca/algumas vezes)	89.3	86,6	91,8	0,040
Presença de equipamentos e insumos na Unidade de Saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. Nunca/algumas vezes)	71.1	61,4	80,4	0,000
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	85,9	81,6	90,1	0,030
50% ou mais dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	79.9	73.8	85.7	0,000
Total		48,9	50,9	

Valor de p: teste  $\chi^2$  de Pearson para diferenças entre frequências de escores superiores e inferiores à mediana do escore total da APS

<sup>1</sup> Total de Enfermeiros + Gerentes com respostas presentes para todas as perguntas

Figura 1 - Razões de Prevalência ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) associadas ao alto desempenho da atenção primária à saúde (APS), Belo Horizonte, 2010.

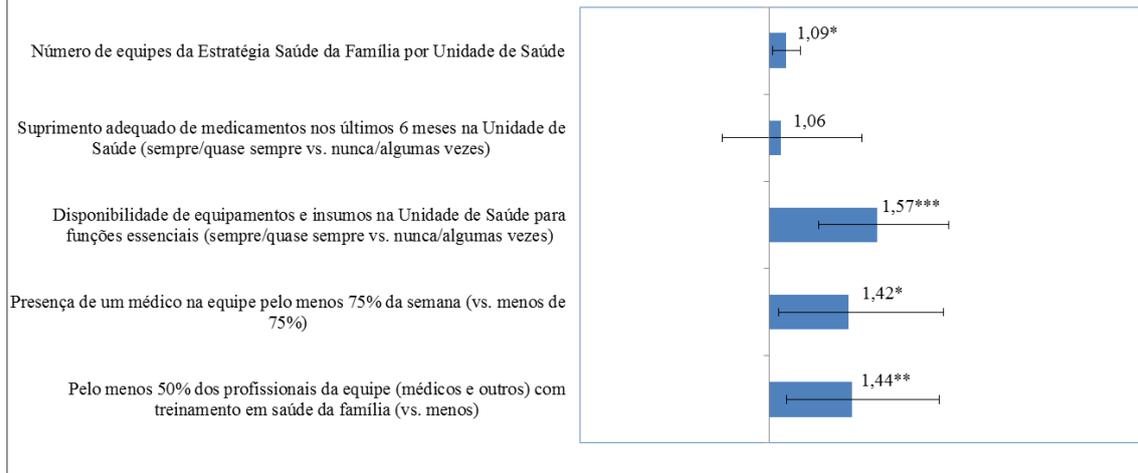


Tabela 4 – Razões de Prevalência ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) associadas ao alto desempenho dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), Belo Horizonte, 2010.

Características da equipe	Primeiro Contato	Acesso	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Enfoque familiar	Orientação comunitária
	RP	RP	RP	RP	RP	RP	RP
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Número de equipes da Estratégia Saúde da Família por Unidade de Saúde	0,99 (0,97-1,02)	0,86 (0,59-1,25)	1,0 (0,97-1,06)	1,02 (0,98-1,16)	1,07 (1,01-1,14)*	1,08 (1,02-1,15)**	1,16 (0,97-1,38)
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na Unidade de Saúde (vs. Nunca/algumas vezes)	0,98 (0,89-1,08)	0,83 (0,21-3,22)	1,28 (1,01-1,63)*	0,96 (0,82-1,142)	0,99 (0,78-1,25)	1,15 (0,87-1,53)	0,8 (0,38-1,89)
Presença de equipamentos e insumos na Unidade de Saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. nunca/algumas vezes)	1,04 (0,96-1,13)	1,43 (0,50-4,06)	1,16 (1,00-1,35)	1,2 (1,08-1,39)**	1,30 (1,11-1,53)**	1,10 (0,93-1,30)	1,28 (0,75-2,18)
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	1,05 (0,97-1,13)	0,74 (0,21-2,63)	1,47 (1,16-1,85)**	1,09 (0,93-1,28)	1,28 (1,03-1,59)*	1,37 (1,06-1,78)*	1,09 (0,62-1,90)
Pelo menos 50% dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	0,97 (0,91-1,02)	1,88 (0,42-8,47)	1,13 (0,96-1,32)	1,33 (1,10-1,59)*	1,32 (1,08-1,62)**	1,15 (0,92-1,42)	1,36 (0,71-2,62)

RP (IC 95%): Razões de Prevalência e Intervalos de Confiança 95% ajustados pela regressão binomial negativa, simultaneamente por todas as variáveis listadas na tabela, assim como pelo distrito sanitário e pelo respondente (essa análise foi baseada em 594 entrevistados)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Total de Enfermeiros + Gerentes com respostas presentes para todas as perguntas

**5 ARTIGO 2**

**O desempenho da Atenção Primária e seus atributos na avaliação de profissionais e sua relação com a qualidade da atenção à saúde, utilização de serviços e cobertura de ações preventivas na percepção de usuários.**

A definir submissão.

**O desempenho da Atenção Primária e seus atributos na avaliação de profissionais e sua relação com a qualidade da atenção à saúde, utilização de serviços e cobertura de ações preventivas na percepção de usuários.**

**Maria Aparecida Turci, MPH<sup>1</sup>, Maria Fernanda Lima-Costa, MD, PhD<sup>1,2</sup>, and James Macinko, PhD<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

<sup>3</sup> Departments of Health Policy and Management and Community Health Sciences, University of California, Los Angeles, USA.

**Autor Correspondente:**

Maria Aparecida Turci, MPH, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Augusto de Lima, 1715, CEP 30190-002, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Phone number: +55(31)3349-7733/7741

Email: [mariaturci@gmail.com](mailto:mariaturci@gmail.com)

**Funding:**

O “2º Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte” e o estudo “Os atributos da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte” foram financiados pelo Ministério da Saúde no escopo do projeto: “Demanda e Qualidade Do Programa De Saúde Da Família (PSF) Na Região Metropolitana De Belo Horizonte (2003-2008): Um Estudo Epidemiológico De Base Populacional”

## **O DESEMPENHO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS ATRIBUTOS NA AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS E SUA RELAÇÃO COM A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS E COBERTURA DE AÇÕES PREVENTIVAS NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS.**

### **INTRODUÇÃO**

O crescimento da importância da APS (Atenção Primária à Saúde) nos sistemas de saúde dos países devido a fatores como a proximidade dos 30 anos da realização de Alma-Ata, as avaliações dos Objetivos do Milênio e a crise dos sistemas de saúde em todo o mundo fizeram com que a última década fosse marcada pela necessidade de se discutir os resultados alcançados e os avanços ainda necessários<sup>1</sup>.

Estudos realizados em todo o mundo evidenciam os benefícios da APS, sejam por meio de comparações entre países, dentro de países ou do estudo do impacto das características da APS<sup>2,3</sup>. Sistemas de saúde com a APS forte são mais capazes de proporcionar melhores condições de saúde à população, maior equidade e economia de recursos, inclusive financeiros<sup>4</sup>. No Brasil, estudos demonstram que o acesso à APS possibilita a redução da mortalidade infantil<sup>5,6</sup>, a redução das hospitalizações por condições sensíveis à APS<sup>7,8,9,10</sup> e a redução das iniquidades na utilização dos serviços<sup>11,12</sup>, estando seu benefício bem estabelecido.

No nosso meio, a maioria desses estudos utiliza a cobertura populacional por equipes de Saúde da Família (eSF) como variável de APS e essa generalização não é capaz de captar as enormes diferenças que existem no trabalho realizado entre as mais de 39.228 mil eSF implantadas atualmente no país. Além disso, já se tem as melhores evidências de que o fortalecimento da APS que gera os melhores resultados é aquele onde o conjunto de suas funções é desenvolvido e onde há a abordagem da APS como orientadora do sistema de saúde. Dessa forma, são essas características que devem preferencialmente ser objetos de avaliação<sup>13</sup>.

Starfield <sup>14</sup> define que a APS é a porta de entrada do sistema de saúde e local do cuidado contínuo e integral ao indivíduo no contexto da família e da comunidade. Ainda segundo o referencial teórico de Starfield, a APS possui cinco atributos nucleares: o acesso, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural são considerados atributos derivados. Essas características combinadas são exclusivas da APS. Portanto, uma APS forte, que pode ser mensurada a partir do desempenho dessas funções, levará a melhores resultados em saúde. Então, amplia-se a importância de estudos que abordem consigam avaliar graus de implantação de políticas de APS ou mesmo o desempenho das equipes de saúde em relação aos atributos esperados para a APS. Dessa forma, é possível verificar o quanto equipes mais ou menos organizadas podem influenciar nos indicadores de qualidade assistencial, satisfação do usuário e dos profissionais, desempenho financeiro, eficiência <sup>15</sup>, ou até em indicadores de morbidade. <sup>16,17</sup>

O presente estudo, conduzido no Município de Belo Horizonte, tem como objetivo verificar a correlação entre o desempenho da APS e dos seus atributos, com indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários.

## **METODOLOGIA**

### Área do estudo

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é uma das maiores cidades brasileiras, com 2,4 milhões de habitantes. Visando o planejamento das ações de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) desenvolveu um índice de vulnerabilidade à saúde (IVS), baseado nas características dos domicílios e moradores de cada setor censitário (saneamento, escolaridade e renda, mortalidade precoce).<sup>18,19</sup> Os setores censitários são classificados em quatro extratos de risco e as áreas de risco médio, elevado e muito elevado foram selecionadas para a implantação da ESF (Estratégia da Saúde da Família) a partir de 2001. Entre 2003 e 2010, o número de eSF (equipes da Estratégia da Saúde da Família) aumentou de 473 para 538, alcançando a cobertura de 75% do total da população do município nesse ano (Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde). Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família ([http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php), acessado em 04/Mar/2012). Ao longo desse período, todas as UBS (Unidades Básicas de Saúde) “tradicionais” nas áreas de cobertura da ESF foram substituídas pelo novo modelo de atenção. Mais detalhes sobre a estratégia de implantação da ESF em Belo Horizonte podem ser vistos em outras publicações<sup>18</sup>.

### População estudada e fonte de dados

Uma primeira fonte de dados desse estudo foi o 2o Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, conduzido entre maio e julho de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte* (PED/RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do governo do Estado de Minas Gerais<sup>19</sup>. A PED/RMBH é realizada periodicamente, em uma grande amostra, baseada em 7.500 domicílios e cerca de 24 mil moradores. A amostra da PED foi delineada para produzir estimativas da população não institucionalizada com idade igual ou superior a dez anos residente em 26 municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Trata-se de uma amostra probabilística por conglomerados, estratificada em dois estágios. Os setores censitários do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) foram usados como unidade primária de seleção e a unidade amostral foi o domicílio. Para o cálculo amostral, estimou-se uma não resposta de 20% dos domicílios<sup>19</sup>. Do total de domicílios amostrados na Região Metropolitana de Belo Horizonte, 5.798 (77,3%) participaram da pesquisa. Todos os residentes nos domicílios amostrados, com idade igual ou superior a 20 anos, foram elegíveis para a entrevista face a face do inquérito de saúde. Do total de 12.979 entrevistados na faixa etária elegível, 7.778 eram residentes no Município de Belo Horizonte. Foram selecionados para a presente análise os 4.798 residentes em áreas de risco médio, elevado e muito elevado, que pelos critérios da SMSA-BH tem como modelo de organização a ESF. Além desses, nesse estudo foram considerados cobertos por eSF aqueles respondentes que residem em áreas de baixo risco que relataram serem atendidos pela estratégia. O 2º Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (carta de aprovação no 10/2009).

Uma segunda fonte de dados adveio da aplicação do questionário PCATool (“Primary Health Care Assessment Tool”) em todas as eSF e UBS de Belo Horizonte. Esse questionário foi desenvolvido para avaliação da APS por meio dos seus atributos, tendo sido previamente validado em diferentes países<sup>20-24</sup> incluindo o Brasil<sup>25,26</sup>. Ele possui versões para gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde e nesse trabalho foi utilizada sua versão para profissionais em português validada no Brasil<sup>25</sup>, com pequenas adaptações, testadas em estudos posteriores<sup>27,28</sup>. A mensuração de cada atributo foi feita por um conjunto de itens que constam da Tabela 1. O preenchimento do questionário foi realizado por todos os 147 gerentes das UBS e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes da ESF entre agosto e outubro de 2010. As informações obtidas junto aos gestores referiram-se à UBS e às equipes da ESF sob sua direção. Maiores detalhes sobre esse estudo podem ser vistos em Turci et al<sup>29</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da SMS/BH (CAAE 0032.0.410.245-10).

### Indicadores

*Indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas*

No presente estudo, os indicadores da qualidade da atenção na percepção do usuário foram: 1) ausência de queixa quanto ao serviço de saúde (dificuldade para marcar consulta devido à fila, dificuldade para encontrar um médico quando se precisa, preço da consulta, difícil acesso ao local de atendimento, outras queixas) e 2) já recebeu aconselhamento médico sobre algum dos temas: dieta, atividade física, álcool ou tabagismo (sim ou não). Os indicadores de utilização de serviços de saúde foram: 1) ter realizado pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses com especialista e 2) ter realizado pelo menos três consultas médicas nos últimos 12 meses com generalista. Os indicadores de uso de serviços preventivos foram: 1) realização de uma ou mais medidas da pressão arterial nos últimos dois anos entre homens e mulheres com idade igual ou superior a 20 anos; 2) determinação do colesterol nos últimos 5 anos entre homens e mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Embora a recomendação do Ministério da Saúde seja a aferição do colesterol entre homens e mulheres com 35 e 45 anos ou mais de idade, respectivamente, optamos por utilizar a recomendação norte-americana para a realização desse exame em toda a população adulta (U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/pdfs/HP2020objectives.pdf> (acessado em 23/Mai/2010)). Tal opção foi feita em função da altíssima cobertura do exame de colesterol na população estudada; 3) realização do exame do Papanicolau nos últimos 3 anos em mulheres com idade entre 25 a 60 anos que possuíam útero, que são os intervalos e faixas etárias recomendadas pelo Ministério da Saúde<sup>30</sup>; e 4) vacinação contra a gripe nos últimos 12 meses entre homens e mulheres com 60 anos ou mais de idade.

#### *Variáveis de desempenho da APS e seus atributos*

O desempenho da APS nesse estudo é mensurado através das variáveis: 1) escore da APS (média dos atributos da APS); 2) acesso; 3) primeiro contato; 4) integralidade; 5) longitudinalidade; 6) coordenação; 7) foco familiar e; 8) orientação comunitária. Todas essas variáveis são provenientes do questionário PCATool preenchidos pelos enfermeiros das eSF e gerentes das UBS.

### *Variáveis de confusão*

Foram selecionadas variáveis de confusão utilizando-se o modelo teórico proposto por Andersen et. al.<sup>31</sup>, levando-se em conta os fatores predisponentes, os fatores facilitadores e fatores relacionados à necessidade em saúde. Entre os fatores predisponentes, foram incluídos sexo, faixa etária (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos ou mais) e escolaridade (até 8 e 8 ou mais anos completos). Entre os fatores facilitadores incluiu-se a cobertura ou não por plano de saúde e foi criado um indicador chamado “escore de bens domiciliares”, composto pela análise fatorial dos bens domiciliares (número de aparelhos de televisão em cores, rádios, banheiros, automóveis, máquinas de lavar roupas, aparelhos de videocassetes ou de DVD, geladeiras, freezers, telefones fixos, telefones celulares e computadores) e existência de um ou mais empregados domésticos. Por fim, o indicador de necessidade de saúde foi derivado de análise fatorial realizada a partir dos indicadores: autoavaliação da saúde (muito boa, boa, razoável, ruim e muito ruim); número de dias nos quais a saúde física não foi boa nos últimos trinta dias; número de dias nos quais a saúde mental não foi boa nos últimos trinta dias; e número de doenças que o indivíduo apresentava, e ele foi chamado de “escore de morbidade”. O distrito sanitário de localização do setor censitário também foi utilizado como variável de controle em todos os modelos.

### Análise Estatística

A análise estatística tratou inicialmente do cálculo dos escores da APS e dos seus diversos atributos, antes mesmo da junção dos bancos de dados. As variáveis relativas às perguntas do questionário possuíam respostas dentro de duas escalas. Uma escala tipo Likert de 4 categorias: “nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes” e “sempre” e outra com as categorias “0-24%”, “25-49%”, “50-74%” e “75-100%”. As categorias “nunca” e “algumas vezes” foram categorizadas como 0, como previamente recomendado<sup>27,30</sup>. Categorização semelhante foi feita para os valores percentuais  $\leq 49$  inferiores e  $\geq 50\%$ , também como previamente recomendado<sup>25,32</sup>. O escore de cada atributo foi definido pela somatória das respostas de seus componentes, dividido pelo total de entrevistados. O escore da APS foi considerado como a média dos escores dos 7 atributos. Os escores da APS e de cada atributo são apresentados em forma de médias que variam de 0 a 1 e IC95% (Intervalo de confiança de

95%), estimadas pela regressão linear. Após os atributos da APS e o escore da APS terem sido calculados, o banco de dados com esses valores foi agregado (merge) ao banco de dados do 2º Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte através da variável “setor censitário”.

Em seguida, foi realizada avaliação descritiva das variáveis através da estimação de frequências. Devido à correlação interna entre variáveis, foram criadas duas variáveis latentes por meio da análise dos componentes principais para criar um escore dessas condições (PCA) (University of Califórnia. L.A. <http://www.ats.ucla.edu/stat>). Para a construção do escore de condições de saúde, foram considerados os seguintes indicadores: autoavaliação da saúde (baseado na resposta à pergunta “De maneira geral o senhor diria que sua saúde é?”, com respostas variando entre muito boa, boa, razoável, ruim e muito ruim), número de dias nos quais a saúde física e a saúde mental não foram boas (ambas como variáveis contínuas), e número de doenças crônicas (variável contínua). Para a construção do escore de bens domiciliares, foram considerados todos os bens do domicílio (cada um como variável contínua) e a existência de empregados domésticos (variável dicotômica). O escore de morbidade obtido foi dividido em tercís, sendo que os dois tercís superiores (mais morbidades), considerados categorias de exposição, foram comparados com o inferior (menos morbidades), considerado o de referência. O escore de bens domiciliares foi dividido em quintis sendo que os quintis superiores (mais bens), considerados categorias de exposição, são comparados com o inferior (menos bens), considerado o de referência. Para apresentar a análise descritiva foi calculada a mediana do escore da APS e apresentadas as frequências das variáveis para as equipes pontuadas abaixo e acima da mediana.

Por fim, foram realizadas as análises multivariadas, utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta para eventos comuns<sup>33,34</sup> para examinar a significância estatística das associações entre os atributos da APS e o escore da APS e os diversos indicadores selecionados. Por essas estimativas, foram também estimadas as prevalências ajustadas e intervalos de 95% de confiança (IC95%). Todas as análises multivariadas foram ajustadas por sexo, faixa etária (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos ou mais), nível de escolaridade (até 8 e 8 ou mais anos completos), escore de bens domiciliares, cobertura por plano de saúde (sim x não) e escore de morbidade. Para verificar a

confiabilidade e a consistência interna do instrumento foi realizado o teste de Cronbach. O índice  $\alpha$  de Cronbach de 0,85 mostrou adequadas a confiabilidade e a consistência interna do instrumento utilizado na pesquisa.

As análises foram conduzidas com uso da versão 12.0 do pacote estatístico Stata (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), utilizando-se os procedimentos para amostras complexas, incluindo os pesos individuais da probabilidade de seleção na amostra e procedimentos para corrigir o efeito da agregação dos indivíduos no domicílio.

## RESULTADOS

Dos 7.778 residentes em Belo Horizonte entrevistados no 2º Inquérito de Saúde dos Adultos de Belo Horizonte, 4.798 foram considerados cobertos pela estratégia saúde da família, e possuíam informações sobre as variáveis de interesse, sendo incluídos no estudo.

Na Tabela 2 estão apresentados os escores dos atributos da APS. O escore da APS foi de 0,75 (IC95% 0,74-0,76). O atributo melhor pontuado foi o primeiro contato (0,95 IC95% 0,94-0,97), seguido pela longitudinalidade (0,83 IC95% 0,81-0,85), a integralidade (0,83 IC95% 0,82-0,84) e a coordenação (0,78 IC95% 0,77-0,79), ainda com boas pontuações. Já o enfoque familiar (0,68 IC95% 0,66-0,71), a orientação comunitária (0,56 IC95% 0,54-0,59) e acesso (0,45 IC95% 0,43-0,46) obtiveram piores pontuações, com destaque negativo para o último.

Na Tabela 3 verificam-se as características dos respondentes quanto às variáveis de confusão selecionadas e às que compõe os indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas. Dos participantes, 53,3% eram mulheres e as faixas etárias se distribuíram de forma relativamente homogênea nas faixas etárias mais jovens, reduzindo-se nas mais velhas (22,6% têm de 20 a 29 anos, 22,5% têm de 30 a 39 anos, 20,9% têm de 40 a 49 anos, 16,1% têm de 50 a 59, 9,1% têm de 60 a 69 anos, 6,5% de 70 a 79 anos e 2,2%, 80 anos ou mais). Ainda, 66,9% têm mais de 8 anos de estudo. Quanto aos bens domiciliares, 99,3% têm pelo menos uma TV em cores, 91,2% pelo menos um rádio, 99,1% um banheiro em casa, 50,8% pelo menos um Automóvel, 78,0% pelo menos uma máquina de lavar, 87,5% pelo menos um Vídeo-DVD, 95,7% pelo menos uma geladeira, 39,6% pelo menos um freezer, 3,4% dois ou mais telefones fixos, 93,1% pelo menos um telefone celular, 63,2% pelo menos um computador e 6,7% pelo menos um empregado doméstico. Quanto ao escore de bens domiciliares, 17,2% estão no quintil superior, ou seja, são os que mais possuem bens, enquanto 19,6% estão no quintil inferior (menos bens) e do total da amostra, 37,4% estão cobertos por planos de saúde. Quanto aos indicadores que compõem o escore de morbidade, 81,6% consideram sua saúde boa e muito boa, enquanto 4,5% a consideram ruim e muito ruim; 89,2% relataram que não apresentaram nenhum dia com a saúde física ruim nos últimos 30 dias e 97,6% com a saúde mental; 66,7% dos

entrevistados relataram não ter nenhuma doença. Então o escore de morbidade, 63% dos entrevistados se localizaram no quintil inferior (melhor situação de saúde – menos morbidade) enquanto 25,8% estão no quintil superior (pior situação de saúde). Do total de entrevistados, 44% não apresentam queixas quanto aos serviços de saúde, 71,7% relatam que o médico não conversou sobre dieta durante a consulta médica, 72,8% sobre atividade física, 65% sobre álcool e também 65% sobre tabaco/cigarro. Receberam aconselhamento sobre pelo menos um dos temas anteriores, 75,7% dos entrevistados. Quanto aos indicadores de utilização de serviços, 35,1% dos entrevistados havia realizado pelo menos uma consulta médica no ano anterior com especialista e 17,8% realizado pelo menos três consultas médicas no ano com generalista. Já em relação aos serviços preventivos, 92% da amostra tiveram PA determinada nos dois últimos anos, 93,8% tiveram colesterol determinado há 5 anos ou menos, 86,7% realizaram exame de papanicolau nos últimos três anos e 83% foram vacinados contra gripe no último ano.

Ainda na Tabela 3, é possível verificar como essas proporções se distribuem se esses grupos recebem uma pontuação abaixo ou acima da mediana do escore da APS por parte dos profissionais. Os dois grupos apresentam diferenças apenas em poucas variáveis sociodemográficas (presença de geladeira, telefone fixo e empregados domésticos) com uma tendência de melhor situação para o grupo de escore da APS abaixo da mediana; auto-avaliação da saúde, com uma tendência de uma auto-avaliação melhor no grupo de escore da APS acima da mediana, nenhum dia com a saúde física e mental ruins nos últimos 30 dias, também com tendência de uma melhor situação no grupo de escore da APS acima da mediana, à exceção da saúde mental; e por fim o % de indivíduos que realizou pelo menos três consultas médicas no ano com generalista que foi maior no grupo escores da APS mais baixos. Em todas as demais variáveis avaliadas, no ponto de corte utilizado, o grupo de usuários atendido por uma APS de melhor ou pior desempenho possui características bastante semelhantes no município de Belo Horizonte.

Na Tabela 4 estão apresentadas as correlações entre o desempenho da APS (escore da APS e seus atributos) e os indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários. O escore da APS somente esteve associado à falta de queixa aos serviços de saúde por parte do usuário (RP

2,63 IC95% 2,16-5,94). O atributo do acesso foi aquele que esteve associado ao maior número de indicadores: à falta de queixa aos serviços de saúde (RP 2,76 IC 95% 1,69-4,50), à realização de pelo menos uma consulta médica no ano com especialista (RP 2,39 IC95% 1,42-4,03), à realização de pelo menos três consultas médicas no ano com generalista (RP 0,17 IC95% 0,08-0,37) e à determinação do colesterol em 5 anos ou menos (RP 0,90 IC95% 0,85-0,97). No presente estudo, o atributo do primeiro contato esteve associado ao recebimento pelo usuário de aconselhamento médico sobre dieta, atividade física, álcool ou tabagismo (RP 1,46 IC95% 1,02-2,08). O atributo da longitudinalidade mostrou correlação positiva com a falta de queixa quanto aos serviços de saúde (RP 2,55 IC95% 1,62-4,00) e à realização de pelo menos uma consulta médica no ano com especialista (RP 1,96 IC95% 1,18-3,18). A orientação comunitária foi o único atributo associado à determinação de PA (RP 0,89 IC95% 0,82-0,98) e, além do acesso, esteve associada à determinação de colesterol em menos de 5 anos (RP 0,92 IC95% 0,86-0,99). Os demais exames preventivos não foram influenciados pelo escore da APS e seus atributos. Os atributos da integralidade, coordenação e foco familiar não apresentaram associação com nenhum dos indicadores de qualidade aqui avaliados.

## DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo, baseados em uma amostra de base populacional e em um censo de equipes de saúde da família, mostram que, em geral, o desempenho da APS, medido através do escore da APS, e seus atributos, estão associados à qualidade da atenção à saúde, à utilização de serviços e à cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários do SUS em Belo Horizonte. Em relação à qualidade dos serviços na percepção do usuário foram usados dois indicadores. A “ausência de queixas quanto aos serviços de saúde” foi influenciada pelo escore da APS, pelo acesso e pela longitudinalidade e o “aconselhamento sobre dieta, atividade física, álcool, tabaco” foi influenciado pelo primeiro contato. Os indicadores de uso de serviço foram: “realização de pelo menos uma consulta médica no ano com especialista”, que foi positivamente influenciada pelo atributo do acesso e pela longitudinalidade e “realização de pelo menos três consultas médicas com o generalista”, influenciada pelo acesso. Os indicadores de cobertura de ações preventivas foram: determinação de PA, influenciada pela orientação comunitária, determinação do colesterol, que além de influenciada por esse atributo foi também pelo acesso e, por fim, a realização do Papanicolau e a Vacinação, que não foram influenciadas pelo desempenho da APS e seus atributos, nesse estudo. Esses resultados foram independentes dos fatores predisponentes (condições demográficas), facilitadores (condições socioeconômicas) e necessidades em saúde.

Poucos estudos nacionais buscaram associar o desempenho da APS e seus atributos a resultados em saúde. Em sua maior parte, os existentes buscaram validar os instrumentos de avaliação como o PCATool, ou comparar o desempenho de diferentes modelos de organização da Atenção Primária, áreas cobertas e não cobertas pela estratégia Saúde da Família ou avaliar a o impacto da formação dos profissionais na qualidade da assistência prestada. Nesses estudos, os gestores e profissionais tiveram uma tendência a avaliar de maneira muito parecida os modelos coexistentes, mas os usuários consideraram melhores os serviços baseados na ESF do que na Atenção Básica Tradicional <sup>27, 35, 36</sup>. Além disso, a formação específica em saúde da família ou em medicina de família e comunidade aparecia como um dos fatores associados a um melhor desempenho na APS <sup>37,38</sup>. Apenas em um estudo buscou-se avaliar a associação entre o escore da APS, mensurado pelo PCATool com

os escores mental e físico do SF-12, havendo uma associação independente e positiva entre o escore da APS e o componente mental da qualidade de vida e uma associação inversa com o componente físico <sup>16</sup>.

A percepção do usuário sobre a atenção prestada quando necessita e utiliza o serviço de saúde tem se apresentado como importante indicador de qualidade <sup>39</sup>. Nesse estudo, 44% dos entrevistados não apresentaram queixas quando necessitaram utilizar os serviços de saúde. Esse foi o único indicador influenciado pelo escore da APS. Os dados do presente estudo são corroborados por recente análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que mostra que mesmo os usuários do sistema de saúde brasileiro tendo como referência as Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada preferencial e avaliando positivamente seu acesso, persistem dificuldades e poucos avanços em modalidades que poderiam contemplar o modo de vida do cidadão moderno (ex: horários de funcionamento mais flexíveis, formas de agendamento com novas tecnologias) <sup>40</sup>. O acesso e a longitudinalidade foram atributos da APS também associados à “ausência de queixas”. A longitudinalidade é a relação de longo prazo estabelecida entre os profissionais e o usuário. Dessa forma, ações que possam qualificar a atenção básica, melhorando o desempenho das equipes nesses atributos, terão impacto na satisfação do usuário e na redução das queixas, corroborando também achados do PMAQ-AB. <sup>41</sup>

O aconselhamento médico sobre comportamentos saudáveis durante a consulta médica apresentou uma prevalência relativamente alta, comparando-se com estudos disponíveis no Brasil <sup>42</sup>. O único atributo associado a esse indicador foi o primeiro contato, que é a obrigatoriedade da consulta na UBS, antes da busca por outro nível de atenção (exceto em emergências) e entendida também como proporção dos usuários que procuram a UBS antes da busca por outro serviço a cada novo problema de saúde que apresentam, demonstrando sua vinculação com aquele serviço. O fator mais comumente encontrado associado à realização de aconselhamentos é a presença de fatores de risco nos pacientes <sup>43,44</sup>. O acesso regulado aos demais pontos do sistema pode possibilitar aos profissionais da atenção primária a identificação dos fatores de risco dos usuários a eles vinculados melhorando o desempenho nesse atributo.

O uso do indicador “realização de pelo menos uma consulta médica com especialista ano” teve como objetivo obter uma medida de acesso aos outros níveis de atenção e com isso avaliar a capacidade da atenção primária em contribuir no andamento do usuário pela rede de serviços. No presente estudo, quanto melhor é o desempenho da eSF no quesito acesso, maior o número de consultas especializadas realizadas pelos seus usuários. O mesmo ocorre com o atributo longitudinalidade, que parece facilitar o acesso do usuário aos demais níveis do sistema. Diferentemente do esperado, o atributo da coordenação não esteve correlacionado a esse indicador. Estudo realizado na Alemanha demonstra que a experiência com o especialista é melhor quando é demandada pelo generalista e não pelo usuário <sup>45</sup>, sinalizando que esse é um resultado que merece alerta e melhor entendimento do seu significado.

O indicador “realização de pelo menos três consultas por generalista por ano” foi utilizado como parâmetro de acesso pelo reconhecimento de que pelo menos uma consulta anual é fundamentada por evidências de que o adulto sem diagnóstico de alguma doença deve ter pelo menos quarenta minutos de atenção médica por ano e que deve-se acrescentar a isso vinte minutos para cada condição crônica que ele apresente. Levando em conta que o tempo médio de consulta na UBS varia de 20 a 30 minutos, estabeleceu-se como ponto de corte de uma boa cobertura médica cerca de 3 consultas por médico generalista/ano.<sup>46</sup> Nesse indicador, foi encontrada uma situação curiosa nesse estudo: uma correlação inversa entre o atributo do acesso e a realização de 3 consultas, demonstrando que talvez as questões que compõe esse atributo sejam determinantes para uma primeira entrada no sistema mas não para a continuidade do cuidado com a equipe. Os fatores que apresentaram forte correlação positiva com a realização de consultas básicas foram o sexo e a morbidade (não mostrados em tabelas), corroborando outros estudos.<sup>11</sup>

Outros indicadores utilizados nesse estudo foram “cobertura dos exames de rastreamento”. Existem grupos de trabalho internacionais que produzem recomendações baseadas nas evidências científicas disponíveis que estabelecem quais exames devem ser realizado, com qual periodicidade e em quais faixas etárias alvo. O Ministério da Saúde adota as recomendações da U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), com pequenas adaptações <sup>47</sup>. Nos Estados Unidos, são estabelecidas metas para a cobertura populacional dos exames de rastreamento. Para 2020, as metas a serem alcançadas são: aferição da pressão

arterial a cada três anos em 94% da população com idade igual ou superior a 18 anos; dosagem do colesterol a intervalo de pelo menos cinco anos em 82% da população com idade igual ou superior a 18 anos; realização do Papanicolau a intervalo de pelo menos três anos em 93% das mulheres com 21 a 65 anos. Os resultados do presente trabalho mostram que, à exceção do exame do Papanicolau, em todos os grupos analisados, a cobertura dos exames de rastreamento estava próxima (ou mesmo havia superado) as metas acima mencionadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que, com uma cobertura populacional mínima de 80% e a garantia de diagnóstico e tratamento adequados, é possível reduzir em média 60% a 90% da incidência de câncer invasivo de colo de útero na população<sup>47</sup>. A vacinação contra a gripe em idosos teve cobertura em torno de 80%. Em relação aos exames de rastreamento, os atributos da APS apresentaram correlação com a determinação de PA e a determinação de colesterol. A orientação comunitária, que é o reconhecimento do contexto social e das necessidades de saúde da comunidade por parte da equipe, incluindo o trabalho do agente comunitário de saúde, foi o atributo associado à realização dessas ações, no sentido de reduzir a sua realização. O acesso também esteve inversamente associado à cobertura de exames de colesterol. O escore da APS e nenhum dos atributos da APS estiveram associados à realização de papanicolau há três anos ou menos e a vacinação contra gripe em idosos, contrariando diversos estudos.<sup>48-50</sup>

O acesso foi o atributo associado ao maior número de indicadores. Sabe-se que é o primeiro atributo a gerar impacto em indicadores em saúde<sup>5,8</sup>, mas geralmente é aquele que recebe as piores pontuações em processos avaliativos. Dessa forma, existe enorme espaço de melhoria no processo de trabalho que, conseqüentemente, levará à alteração nos indicadores. A longitudinalidade, assim como encontrado em outros estudos<sup>51</sup>, esteve ligada à satisfação do usuário. Ela refere-se à continuidade, ou seja, ao fato do paciente ver o mesmo médico entre uma consulta e outra, e conseqüentemente à relação de longo prazo estabelecida entre ele e seu médico. Em outros estudos, a continuidade do cuidado foi capaz de melhorar a qualidade reduzindo internações e o uso de serviços de emergência, indicadores não avaliados no presente estudo, e ampliou a realização de serviços preventivos<sup>49, 52</sup>. A longitudinalidade está intimamente ligada à permanência dos profissionais na equipe. Conseqüentemente, políticas que atuem sobre o provimento e fixação dos profissionais, em especial dos médicos, na atenção primária, se fazem fundamentais para o alcance da qualidade da atenção à saúde.

Esse trabalho apresenta vantagens e limitações. Uma de suas principais vantagens foi ter contado com uma base populacional de enorme representatividade da população do município de Belo Horizonte, município esse que trabalha há mais de duas décadas com informações georeferenciadas, o que possibilitou a agregação do banco de dados referente à avaliação da Atenção Primária realizada através do PCATool respondida pelos profissionais. Dessa forma, foi possível eliminar o viés das variáveis serem originadas de uma mesma fonte (common source bias). Quanto ao estudo que gerou o escore da APS e seus atributos, ele também foi bastante abrangente, tendo contemplado todas as equipes da ESF em um dos maiores municípios brasileiros. Além disso, usou questionário previamente validado no Brasil, com alta proporção de respostas e boa consistência aferida pelo índice alpha de Cronbach, garantindo a validade interna da pesquisa. Uma outra vantagem desse estudo foi o de ter trabalhado com indicadores formulados a partir de informações advindas de entrevistas realizadas com a população. São poucos os estudos em que se utilizam medidas diretas ou indicadores de resultados em nível do indivíduo, para que possa se avaliar se a qualidade da APS tem efetivamente alterado a situação de saúde da população. Starfield <sup>21</sup> criou o escore da APS para que o seu desempenho pudesse ser verificado. Nesse estudo buscou-se utilizar as medidas dos atributos da APS e a média desses, que é o escore da APS, como um *proxi* da qualidade da APS e com isso, verificar se a correlação entre a APS e alguns indicadores advindos de informações dos clientes. Nesse estudo, o escore da APS, utilizado globalmente, não foi uma variável que pudesse discriminar a associação da APS com os indicadores estudados, enquanto os atributos, separadamente, assim o fizeram. Vários estudos têm analisado os atributos da APS isoladamente. Faz-se necessário ampliar o uso desse índice para verificar o seu comportamento em estudos que busquem associação ou relação de causa e efeito.

As implicações dos resultados do presente estudo podem ser resumidas em dois pontos principais: 1) são necessárias melhorias no acesso aos serviços de Atenção Básica, com a possibilidade das UBS funcionarem em horários estendidos e nos fins de semana, com a inclusão de novas formas de relação do usuário com os serviços (internet, telefone) e marcação de consultas (telefone, online, aplicativos para smartphones). Essas melhorias levariam certamente à melhoria nesse atributo, muito mal avaliado na APS, e no escore total da APS. Consequentemente levaria à melhoria da satisfação do usuário, mais acesso à

consulta especializada, ao acesso “regulado” à consulta com o generalista e à cobertura de exames preventivos; 2) são necessárias melhorias na longitudinalidade do cuidado, ampliando as ações de provimento e fixação dos profissionais, reduzindo o número de pessoas adscritas por equipe, ampliando a cobertura, dentre outras ações. Dessa forma será possível melhorar o desempenho desse atributo e conseqüentemente os indicadores de satisfação do usuário e acesso às consultas especializadas. Processos de acompanhamento e monitoramento, em que as equipes possam identificar suas fragilidades e ser suportadas para a melhoria contínua da qualidade, podem ser de grande valia para um melhor desempenho da Atenção Primária. Conseqüentemente, conforme os achados desse estudo, melhores indicadores de satisfação, acesso a consultas especializadas e cobertura de exames de rastreamento poderão ser atingidos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet*. Sep 13 2008;372(9642):917-927.
2. Macinko J, Starfield B, Erinoshio T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low-and-Middle-Income Countries. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009;32(2):22.
3. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*. Mar 2012;26 Suppl 1:20-26.
4. Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. Sep 13 2008;372(9642):950-961.
5. Macinko J, Guanais FC, de Fatima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. Jan 2006;60(1):13-19.
6. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health*. Jan 2009;99(1):87-93.
7. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. Jun 2011;49(6):577-584.
8. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. Dec 2010;29(12):2149-2160.
9. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American journal of public health*. Oct 2011;101(10):1963-1970.
10. Mendonca CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health policy and planning*. Jul 2012;27(4):348-355.
11. Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large brazilian city. *J Urban Health*. Dec 2010;87(6):994-1006.
12. Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33.

13. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood)*. May 2010;29(5):766-772.
14. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília(DF): Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura\Ministério da Saúde; 2002.
15. Day J, Scammon DL, Kim J, et al. Quality, satisfaction, and financial efficiency associated with elements of primary care practice transformation: preliminary findings. *Ann Fam Med*. May-Jun 2013;11 Suppl 1:S50-59.
16. de Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2013;24(13):9.
17. Beaulieu MD, Haggerty J, Tousignant P, et al. Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *CMAJ*. Sep 3 2013;185(12):E590-596.
18. Turci M.A. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação; 2008.
19. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. *Saúde dos adultos em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
20. Berra S, Rocha KB, Rodriguez-Sanz M, et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC public health*. 2011;11:285.
21. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. Apr 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
22. Pasarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria*. Aug 2007;39(8):395-401.
23. Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care*. 2011;19(2):85-103.
24. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. Feb 2013;25(1):92-105.

25. Macinko J, Almeida C, de Sa PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health policy and planning*. May 2007;22(3):167-177.
26. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Alvarez-Dardet C, Stein AT. [Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services]. *Cad Saude Publica*. Aug 2006;22(8):1649-1659.
27. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):633.
28. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(Sup 1):11.
29. Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. A influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Publica*.; Aceito para publicação.
30. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
31. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. Winter 1973;51(1):95-124.
32. Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sa PK. Organization and delivery of primary health care services in Petropolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. Oct-Dec 2004;19(4):303-317.
33. Long JS, Freese J. *Regression model for categorical dependent variables using Stata*. College Station: Stata Press; 2006.
34. Cummings P. The relative merits of risk ratios and odds ratios. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:8.
35. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):11.
36. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(3):13.
37. Leão CDA, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(11):10.

38. Castro RCLC, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(9):12.
39. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):22.
40. 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(ESPECIAL):21.
41. Alves MGM, Casotti E, Oliveira LGD, et al. Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *SAÚDE DEBATE*. 2014;38(ESPECIAL):18.
42. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(1):11.
43. Koc A, Kilic M. Factors associated with risk behaviors by primary health care population in the middle Anatolia. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(22):9.
44. Harris MF, Fanaian M, Jayasinghe UW, et al. What predicts patient-reported GP management of smoking, nutrition, alcohol, physical activity and weight? *Aust J Prim Health*. 2012;18(2):6.
45. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC health services research*. 2006;6:5.
46. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *American journal of public health*. Apr 2003;93(4):635-641.
47. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Primária, 29).
48. Lau JS, Adams SH, Irwin CE, Jr., Ozer EM. Receipt of preventive health services in young adults. *J Adolesc Health*. Jan 2013;52(1):42-49.
49. Cabana MD, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*. 2004;53(12):7.
50. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care*. Aug 1998;36(8 Suppl):AS21-30.

51. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *Ann Fam Med*. Sep-Oct 2004;2(5):445-451.
52. 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. *BMC health services research*. 2010;10:65.

## TABELAS

Tabela 1 – Definição operacional dos atributos da Atenção Primária à Saúde.<sup>1</sup>

Atributo	Item de verificação no PCATool
<p><b>ACESSO:</b> compreende a localização da unidade de saúde próxima à população, os horários e dias de funcionamento, a abertura para consultas não agendadas e a conveniência para os usuários</p>	<p>Obtenção de consultas não urgentes em 24 horas;            Funcionamento da unidade no fim de semana;            Funcionamento da unidade até às 18 horas pelo menos um dia da semana; Marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento da unidade;            Disponibilidade de telefone para informações durante o horário de funcionamento da unidade;            Telefone para informações quando a unidade está fechada;            Espera de mais de 30 minutos para obter atendimento por profissional de saúde.</p>
<p><b>PRIMEIRO CONTATO:</b> considera a busca da APS a cada novo problema de saúde, exceto em urgências</p>	<p>Obrigatoriedade da consulta na unidade básica antes da busca por outro nível de atenção (exceto em emergências);            Proporção dos usuários que, em geral, procuram a UBS antes da busca por outro serviço a cada novo problema de saúde.</p>
<p><b>LONGITUDINALIDADE:</b> compreende a existência de fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo</p>	<p>Usuário ser examinado pelo mesmo profissional em diferentes consultas;            Equipe ter sua população cadastrada;            Em caso de dúvida sobre o tratamento, o usuário poder falar com o mesmo profissional que o atendeu;            Os profissionais darem tempo suficiente para que o usuário esclareça suas dúvidas;            Os profissionais usarem o prontuário em todas as consultas;            Os profissionais terem informações sobre os medicamentos em uso pelo usuário durante o atendimento;            Os profissionais serem informados se o usuário não consegue obter ou comprar o(s) medicamento(s) prescrito(s).</p>
<p><b>INTEGRALIDADE:</b> elenco de serviços oferecidos</p>	<p>Vacinação de crianças;            Atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos;            Controle pré-natal, planejamento familiar, atendimento às doenças sexualmente transmissíveis;            Controle da tuberculose; controle e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas;            Tratamento e controle de asma, diabetes, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica;            Atendimento de casos agudos;            Tratamentos de pequenas feridas;            Pequenas cirurgias;            Aconselhamento sobre uso de álcool e tabaco;            Acompanhamento de saúde mental e nutrição;            Educação em saúde, incluindo violências e acidentes domésticos;            Prevenção em saúde bucal;            Assistência odontológica preventiva e curativa;            Disponibilidade de protocolos de atendimento e seguimento desses protocolos;            Segurança para abordar os problemas de saúde dos idosos.</p>
<p><b>COORDENAÇÃO:</b> continuidade do cuidado e encaminhamento e acompanhamento do usuário quando necessita de serviços especializados.</p>	<p>Existência de registros obrigatórios das crianças atendidas;            Disponibilização para o usuário dos registros das imunizações e do monitoramento do crescimento das crianças;            Disponibilização à gestante dos registros do controle pré-natal;            Uso de normas para referência e contra-referência;            Discussão com o usuário acerca de locais para atendimento quando o</p>

	<p>encaminhamento é necessário;</p> <p>Fornecimento ao usuário de informações escritas para entregar ao serviço referido e vice-versa; conversa com o usuário sobre o que ocorreu no atendimento no serviço de referência</p> <p>Acesso aos resultados dos exames laboratoriais; consulta de retorno – com a mesma equipe – após realização dos exames laboratoriais;</p> <p>Informações sobre agendamento nos serviços de referência; existência de regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência;</p> <p>Disponibilidade do prontuário quando solicitado pelo médico;</p> <p>Existência de auditoria médica dos prontuários.</p>
<p><b>ENFOQUE FAMILIAR:</b> consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como à identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar.</p>	<p>Existência de prontuários médicos organizados por família;</p> <p>Solicitação de informações sobre outros membros da família;</p> <p>Conversa com a família sobre o problema de saúde do usuário, fatores de risco social ou condições de vida;</p> <p>Recomendariam pelo usuário dos serviços para amigos ou parentes.</p>
<p><b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA:</b> reconhecimento do contexto social.</p>	<p>Realização de enquetes para avaliar as necessidades de saúde da população;</p> <p>Realização de enquetes para identificar os principais problemas de saúde;</p> <p>Representação de membros da comunidade na gestão da unidade;</p> <p>Existência de serviço de saúde nas escolas da área de abrangência;</p> <p>Realização de serviços curativos domiciliares;</p> <p>Realização de visitas domiciliares regulares;</p> <p>Realização de ações intersetoriais por parte da equipe da ESF com outras organizações ou grupos da comunidade;</p> <p>Autonomia da equipe da ESF para reorganizar a oferta de serviços conforme os problemas da comunidade.</p>

<sup>1</sup> Adaptado de Macinko, 2007

Tabela 2 – Escores dos atributos da atenção primária à saúde (APS) (Belo Horizonte, 2010).

Atributo	Total (n=601)	
	Escore <sup>1</sup>	IC 95%
Primeiro Contato	0,95	0,94-0,97
Acesso	0,45	0,43-0,46
Longitudinalidade	0,83	0,81-0,85
Integralidade	0,83	0,82-0,84
Coordenação	0,78	0,77-0,79
Enfoque Familiar	0,68	0,66-0,71
Orientação Comunitária	0,56	0,54-0,59
Escore Total da APS	0,75	0,74-0,76

<sup>1</sup>Os resultados estão apresentados em médias e IC 95% (Intervalo de confiança de 95%) calculadas por meio de regressão linear controlando a agregação das ESF por UBS

Tabela 3 – Características dos usuários entrevistados segundo as variáveis do estudo, Belo Horizonte, 2010.

Características dos usuários entrevistados	Total	Abaixo mediana	Acima mediana	
N	(%)	(%)	(%)	
Sexo (Fem)	4458	53,3	52,9	53,6
Idade	4348			
20-29		22,6	23,2	22,1
30-39		22,5	22,3	22,6
40-49		20,9	21,1	20,6
50-59		16,1	14,9	17,2
60-69		9,1	9,1	9,0
70-79		6,5	6,9	6,2
80+		2,2	2,4	2,0
8 ou mais anos de estudo	4458	66,9	66,8	67,1
Bens Domiciliares				
TV em cores (pelo menos 1)	4449	99,3	99,5	99,1
Radio (pelo menos 1)	4443	91,2	91,2	90,5
Banheiro (pelo menos 1)	4443	99,1	99,2	99,1
Automóvel (pelo menos 1)	4445	50,8	52,3	49,3
Máquina de Lavar (pelo menos 1)	4443	78,0	80,2	75,9
Vídeo-DVD (pelo menos 1)	4442	87,5	87,1	87,8
Geladeira (pelo menos 1)*	4445	95,7	97,3	94,2
Freezer (pelo menos 1)	4383	39,6	39,9	39,4
Telefone Fixo(dois ou mais)*	4435	3,4	2,1	4,7
Telefone Celular (pelo menos 1)	4441	93,1	93,3	92,9
Computador (pelo menos 1)	4444	63,2	64,0	62,3
Empregado Doméstico (nenhum)*	4397	6,9	8,6	5,2
Escore de bens domiciliares	4298			
Mais pobre		19,6	18,1	21,1
Mais rico		17,2	17,0	17,4
Possui plano de Saúde (vs. não possui)	4304	37,4	37,2	37,7
Auto-avaliação de saúde***	4734			
Muito Boa e Boa		81,6	81,3	81,8
Muito Ruim e Ruim		4,5	4,6	2,8
Nenhum dia com a saúde física ruim nos últimos 30 dias***	4413	89,2	89,1	89,3
Nenhum dia com a saúde mental ruim nos últimos 30 dias*	4410	97,6	97,8	97,3
Indivíduos com nenhuma doença *	4407	66,7	66,5	66,8
Escore de condições de saúde	4400			
Tercil mais alto (pior saúde)		25,8	26,2	25,3
Tercil mais baixo (melhor saúde)		63,0	62,8	63,1

Sem queixa quanto aos serviços de saúde (vs. tem queixa)	4079	44,0	42,0	45,9
Conversou sobre (vs. não conversou)				
Dieta	4181	71,7	71,6	71,8
Atividade física	4181	72,8	72,7	72,8
Álcool	4181	65,0	64,2	65,7
Tabaco/Cigarro	4181	65,0	64,2	65,9
Recebeu aconselhamento sobre pelo menos um dos temas anteriores (vs. não recebeu)	4178	75,7	74,4	77,0
Realizou pelo menos uma consulta médica no ano com especialista (vs. não realizou)	4458	35,1	33,4	36,9
Realizou pelo menos três consultas médicas no ano com generalista (vs. não realizou)**	4458	17,8	19,9	15,7
Teve PA determinada há pelo menos dois anos (vs. não teve)	4182	92,0	92,6	91,3
Teve colesterol determinado há 5 anos ou menos (vs. não teve)	4172	93,8	94,5	93,1
Realizou exame de papanicolau há três anos ou menos <sup>2</sup> (vs. não realizou)	1511	86,7	87,9	85,5
Foi vacinado contra gripe no último ano <sup>3</sup> (vs. não foi)	738	83,0	82,9	83,1

<sup>1</sup> Para mulheres de 25-59 anos de idade que possuíam útero

<sup>2</sup> Para maiores de 60 anos

Tabela 4 – Fatores associados à qualidade da atenção à saúde, uso dos serviços e cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários, em Belo Horizonte, 2010.

Características	Sem queixa quanto ao serviço	Já recebeu aconselhamento médico sobre dieta, atividade física, álcool ou tabagismo	Realização de pelo menos uma consulta médica no ano com especialista	Realização de pelo menos três consultas médicas no ano com generalista
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Escore da APS	2,63 (2,16-5,94)*	1,06 (0,72-1,57)	2,04 (0,90-4,66)	0,46 (0,12-1,64)
Acesso	2,76 (1,69-4,50)***	1,02 (0,82-1,26)	2,39 (1,42-4,03)**	0,17 (0,08-0,37)***
1º contato	0,98 (0,55-1,75)	1,46 (1,02-2,08)*	0,79 (0,44-1,42)	1,82 (0,68-4,87)
Integralidade	1,67 (0,78-3,54)	1,08 (0,75-1,55)14	1,61 (0,75-3,43)14	1,11 (0,36-3,46)
Longitudinalidade	2,55 (1,62-4,00)***	1,04 (0,83-1,31)	1,96 (1,18-3,18)*	0,53 (0,25-1,11)
Coordenação	2,41 (1,00-5,88)	1,28 (0,78-2,10)	1,69 (0,72-4,01)	0,44 (0,11-1,80)
Foco Familiar	1,18 (0,85-1,65)	0,85 (0,71-1,01)	0,84 (0,60-1,16)	1,08 (0,63-1,88)
Orientação Comunitária	0,88 (0,56-1,36)	1,01 (0,81-1,25)	1,15 (0,74-1,78)	0,96 (0,45-2,02)

(cont.)

Características	Teve PA determinada há pelo menos dois anos	Teve colesterol determinado há 5 anos ou menos	Realizou exame de papanicolau há três anos ou menos <sup>1</sup>	Foi vacinado contra gripe no último ano <sup>2</sup>
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Escore da APS	0,88 (0,76-1,02)	0,90 (0,79-1,02)	0,90 (0,65-1,25)	1,33 (0,62-2,87)
Acesso	0,97 (0,88-1,07)	0,90 (0,85-0,97)**	1,16 (0,97-1,40)	1,34 (0,86-2,11)
1º contato	0,89 (0,79-1,01)	0,92 (0,83-1,02)	1,02 (0,81-1,29)	1,30 (0,73-2,30)
Integralidade	0,96 (0,84-1,11)	0,95 (0,85-1,07)	0,83 (0,62-1,10)	1,24 (0,63-2,46)
Longitudinalidade	0,94 (0,86-1,02)	0,98 (0,91-1,05)	0,97 (0,79-1,19)	1,01 (0,66-1,56)
Coordenação	0,88 (0,74-1,06)	1,01 (0,87-1,17)	1,05 (0,75-1,48)	0,91 (0,45-1,85)
Foco Familiar	0,97 (0,90-1,04)	0,96 (0,90-1,01)	0,93 (0,82-1,05)	0,87 (0,65-1,15)
Orientação Comunitária	0,89 (0,82-0,98)*	0,92 (0,86-0,99)*	0,92 (0,76-1,11)	1,49 (0,97-2,30)

RP (IC 95%): Razões de Prevalência e Intervalos de Confiança 95% estimados e ajustados pela regressão de Poisson, simultaneamente pelas variáveis sexo, faixa etária, até 8 ou 8 ou mais anos de estudo, escore de bens domiciliares, plano de saúde, escore de condições de saúde e regiões do município.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se afirmar que o estudo atingiu seus objetivos iniciais que eram: avaliar o desempenho da APS no município de Belo Horizonte, os fatores que determinam esse desempenho e verificar a correlação entre a qualidade da APS e dos seus atributos com indicadores de qualidade da atenção à saúde, de utilização de serviços e de cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários.

A APS de Belo Horizonte possui boa qualidade, aferida pelo escore da APS (0,70), derivado do PCATool, quando comparada a outros municípios. A disponibilidade de insumos e de equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, revelando a importância do financiamento e de sistemas logísticos adequados para a qualidade da ESF. A formação das equipes no tema “saúde da família” foi o segundo fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, chamando a atenção para a importância e a necessidade da formação específica na área. A presença do médico por pelo menos 30 horas semanais foi o terceiro fator mais importante na avaliação da APS, e aquele mais fortemente associado aos atributos da longitudinalidade, da coordenação e do enfoque familiar. Esse resultado reforça a importância de políticas de alocação dos médicos nas equipes em tempo integral. O número de equipes da ESF por UBS também apresentou associação positiva com o desempenho do escore da APS. Isso pode ser explicado pelo melhor ambiente de trabalho decorrente de menor isolamento dos profissionais, da possibilidade de trocas de experiências e de intersubstituições. Portanto, investimentos deveriam ser feitos no sentido de garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e uma maior sustentabilidade dessa política.

Em geral, a qualidade da APS, medida através do escore da APS, e seus atributos, estão associados à qualidade da atenção à saúde, à utilização de serviços e à cobertura de ações preventivas na percepção dos usuários do SUS em Belo Horizonte. São necessárias melhorias no acesso aos serviços de Atenção Básica, com a possibilidade das UBS funcionarem em horários estendidos e nos fins de semana, com a inclusão de novas formas de relação do usuário com os serviços (internet, telefone) e marcação de consultas (telefone,

online, aplicativos para smartphones). Essas melhorias levariam certamente à melhoria nesse atributo, muito mal avaliado na APS, e no escore total da APS. Consequentemente levaria à melhoria da satisfação do usuário, mais acesso à consulta especializada, ao acesso “regulado” à consulta com o generalista e à cobertura de exames preventivos. Também serão necessárias melhorias na longitudinalidade do cuidado, ampliando as ações de provimento e fixação dos profissionais, reduzindo o número de pessoas adscritas por equipe, ampliando a cobertura, dentre outras ações. Dessa forma será possível melhorar a pontuação desse atributo e consequentemente o desempenho nos indicadores de satisfação do usuário e acesso às consultas especializadas.

Esse estudo possui limitações metodológicas. Estudos de atenção primária e de serviços de saúde sempre as terão pela inadequação dos controles para fatores de confusão em análises multivariadas em nível individual ou comunitário, havendo a necessidade de desenhos metodológicos mais rigorosos que consigam testar o efeito independente da APS ao longo do tempo. Esses deveriam incluir dados provenientes de estudos longitudinais, de grupos caso controle, com co-variáveis de contexto relevantes. Pesquisadores deveriam também voltar suas atenções para países que estão realizando reformas globais em seus sistemas de saúde, o que abre a possibilidade de análise de experimentos naturais em que locais “reformados” possam ser comparados a “locais similares não-reformados”. Ainda, modelos de avaliação da APS podem ajudar as fases das reformas a avaliar seu impacto. Estudos de coorte existentes e planejados nos países podem começar a incorporar as medidas da APS provenientes de instrumentos validados, como o PCATool, nos seus instrumentos de pesquisa.



**APÊNDICE A – Projeto de Pesquisa apresentado para a seleção do doutorado**

**Condições de saúde, utilização de serviços e seus determinantes em uma grande cidade brasileira: o que ocorreu após 7 anos de ampla cobertura da estratégia saúde da família?**

Plano de Trabalho / Doutorado em Saúde Pública – Concentração em Epidemiologia – 2009

Aluna: Maria Aparecida Turci

Orientadora: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

## **INTRODUÇÃO**

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal estratégia do Ministério da Saúde para organização da atenção primária à saúde neste país, desde o final da década de mil novecentos e noventa. O PSF abrange atualmente 5.106 municípios brasileiros, com cobertura de 85,7 milhões de pessoas ou 46,2% da população (MS/DAB <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>). Apesar da alta cobertura, existe maior constrangimento para a consolidação do PSF como organizador da atenção primária em grandes centros urbanos. Uma das explicações para essa dificuldade é a experiência acumulada desses municípios em outras modalidades da atenção primária (Elias et al, 2006).

Diversas iniciativas patrocinadas pelo Ministério da Saúde têm sido realizadas para avaliar a performance do PSF e orientar mudanças nos rumos da atenção primária no País (Leal et al, 2006). Essas iniciativas baseiam-se fundamentalmente na análise de dados secundários, entrevistas com gestores e/ou entrevistas com usuários de serviços de saúde (Viana et al, 2006; Pereira et al, 2006; Elias et al, 2006; Ibanez et al, 2006; Roncalli & Lima, 2006). Estudos epidemiológicos de base populacional para avaliar a demanda e/ou a efetividade do PSF são raros (Szwarcwald et al, 2006; Piccini et al, 2006; Facchini et al, 2006) e a grande maioria dos estudos existentes foi delineada para examinar diferenças entre municípios, mas não diferenças existentes dentro de um município de grande porte.

A implantação do PSF coincide com o reconhecimento de que existe uma epidemia de doenças crônicas não transmissíveis em países de baixa e média renda, que a prevenção dessas doenças tem sido negligenciada (WHO, 2005) e que intervenções custo efetivas são

urgentes para diminuir a morbidade e a mortalidade associadas às mesmas (Strong et al, 2005; Abegunde et al, 2007). No Brasil, do ponto de vista demográfico, observa-se o rápido e progressivo envelhecimento da população. Com relação à morbi-mortalidade, observa-se uma carga dupla de doenças: se por um lado, o perfil de mortalidade aproxima-se do observado em países de renda mais alta, com predomínio das doenças cardiovasculares e neoplasias como principais causas da mortalidade, por outro, a mortalidade infantil é alvo de preocupação e verifica-se a persistência (e o surgimento) de doenças infecciosas (Silva Jr et al, 2003). Existem evidências de que o PSF teve impacto na redução da mortalidade infantil (Macinko et al, 2005), mas a carga de doenças crônicas não transmissíveis, assim como a demanda para ações preventivas da população coberta pelo PSF são ainda desconhecidas. Essas condições criam situações paradoxais e imprimem uma imensa complexidade ao sistema de saúde.

O índice de vulnerabilidade à saúde, que tem sido utilizado para selecionar as áreas cobertas pelo PSF no município de Belo Horizonte (SMSBH, 2003), é emblemático dessa complexidade. Esse índice foi construído em 1998, atribuindo-se peso à mortalidade na infância, às características dos nascidos vivos, à presença de favela e à renda e escolaridade na área de residência. Em 2003, o índice foi modificado, ampliando-se a utilização de indicadores sócio ambientais e incluindo-se a taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em pessoas com 30-59 anos. Independente do índice utilizado, as pirâmides etárias nesses estratos são distintas, com maiores proporções de jovens nas áreas de alto risco e de pessoas mais velhas nas áreas de baixo risco. Isso cria um paradoxo porque as áreas de risco elevado exigem intervenções intensas para a redução da mortalidade precoce. Contudo, nas áreas de riscos médio e baixo, a população é mais velha, exigindo medidas preventivas e cuidados de outro tipo, também intensos, uma vez que essa população apresenta maior carga de doenças crônicas não transmissíveis e de incapacidades, resultando em maior uso de serviços de saúde (Lima-Costa, 2002).

A existência de critérios claros para a implantação do PSF, a ampla documentação existente sobre esse processo, a clara heterogeneidade existente entre seus habitantes (incluindo diferenças importantes entre usuários exclusivos do SUS), assim como a existência de um inquérito de grande base populacional na Região Metropolitana de Belo Horizonte, conduzido

no início da implantação do PSF (ver seção correspondente), criam oportunidades raramente encontradas para avaliar o seu desempenho em um grande centro urbano.

Estudo recente demonstrou que, no município de Belo Horizonte, o maior uso de serviços de saúde ocorreu entre as mulheres e os mais velhos e foi determinado pelas necessidades em saúde e pela disponibilidade de médico de referência, mesmo entre residentes em áreas da cidade com piores indicadores socioambientais (Turci, 2010).

## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Avaliar a situação atual das condições de saúde e da utilização dos serviços no município de Belo Horizonte.

### **ESPECÍFICOS**

- Verificar se os determinantes do número de consultas médicas se modificaram com a implantação das equipes de saúde da família;
- Verificar se a evolução de indicadores das condições de saúde (auto-avaliação da saúde, estilos de vida, morbidade auto-referida) apresentaram associação com a cobertura do PSF na área de residência;
- Verificar se indicadores de uso de serviços de saúde (satisfação com os serviços, número de consultas, tipo de consultas e hospitalizações) apresentaram associação com a cobertura do PSF na área de residência.

## **PROPOSTA METODOLÓGICA**

Para o presente estudo, serão utilizadas duas bases de dados. A primeira será o Inquérito de Saúde da Região Metropolitana (ISBH) de Belo Horizonte, que foi conduzido entre maio e julho de 2003, por meio de entrevista em adultos com idade igual ou superior a 20 anos, nos

seus domicílios, selecionados por meio de amostra probabilística por aglomerados em dois estágios. O setor censitário representa a unidade primária de seleção e o domicílio, a unidade amostral, com taxa de participação de 79,0%. A segunda base de dados será proveniente de novo inquérito atualmente em andamento que está utilizando questionário adaptado do aplicado no ano de 2003.

Para a análise estatística, serão utilizados:

- 1º objetivo: modelo de regressão Hurdel, comparando-se os anos de 2003 e 2010, com a utilização dos serviços como variável dependente e os demais fatores como variáveis independentes;
- 2º objetivo: modelo de regressão logística ordinal com a cobertura do PSF como variável dependente e as condições de saúde como independentes;
- 3º objetivo: modelo de regressão logística ordinal com a cobertura do PSF como variável dependente e a utilização de serviços de saúde como independentes.

## **VIABILIDADE**

Este projeto tem alta viabilidade visto que é financiado pelo Ministério da Saúde, tendo sua execução garantida. Além disto, o trabalho de campo que gerará a segunda base de dados já está em andamento, portanto, até o fim de 2010, todos os dados necessários ao desenvolvimento das análises já estarão disponíveis.

## **CRONOGRAMA**

<b>AÇÃO</b>	<b>PRAZO PREVISTO DE CONCLUSÃO</b>
Conclusão do Inquérito de Saúde 2010	Junho de 2010
Conclusão da Base de Dados	Dezembro de 2010
Nova revisão bibliográfica	Março de 2011
Análise dos dados	Junho de 2011
Conclusão dos dois artigos	Dezembro de 2012

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abegunde DO, Colin D Mathers CD, Adam T et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 370; December 2007 ([www.thelancet.com](http://www.thelancet.com))
- Adler NE, Epel ES, Castellazzo G, Ickovics JR. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychol.* 2000 Nov;19(6):586-92.
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergl LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.
- Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 633-641, 2006.
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 669-681, 2006.
- Ibanez N, Rocha JSY, Castro PC et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 683-703, 2006.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz KW et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological psychosocial function. *JAMA* 1963; 185: 914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
- Leal MC, Bodstein R, Feliciano K, Hortale V. Da teoria à prática avaliativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 550, 2006.
- Lima-Costa (2003). A constituição de indicadores sócioambientais para o monitoramento das condições de saúde dos idosos. In: Minayo MCS & Miranda AC. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2002. p. 339-343.
- Lima-Costa MF. A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de Minas Gerais. 2004. 120 p. ([www.cpqrr.fiocruz.br/NESPE](http://www.cpqrr.fiocruz.br/NESPE)).
- Lima-Costa MF. Estilos de vida e uso de serviços preventivos de saúde entre adultos filiados ou não a plano privado de saúde (inquérito de saúde de Belo Horizonte). *Ciência & Saúde Coletiva* 2004b; 9: 857-964.
- Macinko, J. Souza, F. Guanais, F. C. Simões. (2007). Going to scale with community-based primary care. *Social Science & Medicine* 65(10):2070-80.

- Macinko, J. Almeida, C. de Sá, P. (2007). A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance. *Health Policy & Planning* 22(3):167-77.
- Macinko, J. Guanais, F. & F. Souza. (2006). An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:13-19.
- Pereira ATS, Campelo ACFS, Cunha FS et al. A sustentabilidade econômica-financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 607-620, 2006.
- Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 657-667, 2006.
- Roncalli AG; Lima KC. Impacto do programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte na região nordeste do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 713-724, 2006.
- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSBH). Índice de Vulnerabilidade em Saúde 2003. Biblioteca Virtual Disponível em <http://www.pbh.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal. Secretaria Municipal de Saúde. 2003. Biblioteca Virtual Disponível em <http://www.pbh.gov.br>
- Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Avanços de desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Sigma, 2007.
- Silva Jr JB, Gomes FBC, Cezário AC et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ e Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Medisi, 2003. p. 289-311.
- Strong KL, Mathers CD, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2005; 366: 1578-82.
- Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 643-655, 2006.
- Viana ALD, Rocha JSY, Elias PE et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11: 577-606, 2006.
- WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization, 2005.

**APÊNDICE B – Questionário Sobre os Atributos da Atenção Primária em Saúde  
(para Equipes)**

### Questionário Sobre os Atributos da Atenção Primária em Saúde (para Equipes)

Estimamos que este questionário requer apenas 20-30 minutos para ser preenchido. Por favor, responda as perguntas da maneira mais completa possível evitando a opção “não sabe” o máximo que puder. Tente responder as perguntas baseando-se na sua opinião e experiência como profissional na área de atenção primária nesta equipe. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos, solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

1.	Numero do questionário					
2.	Código da unidade					
3.	Código da equipe					
4.	Data de preenchimento					
5.	Número de anos que trabalha nesta equipe	_____anos				
	→ (1-3meses = .25 anos;4-6 meses = 0.5 anos; 7-9=0.75 anos; 10-12 = 1 ano)					
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
6.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a equipe teve uma <b>adequada*</b> oferta de medicamentos essenciais?	1	2	3	4	99
7.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a equipe teve <b>adequado*</b> equipamento básico e estoque para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	99
	❖ <b>Adequado</b> quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários que procuram esta equipe.					
8.	A população adscrita pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	99
9.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?	1	2	3	4	99
10.	A unidade fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	99
11.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas?	1	2	3	4	99
12.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para pedir informações?	1	2	3	4	99
13.	Quando a unidade <b>está fechada</b> , existe um número de telefone para pedir informações?	1	2	3	4	99
14.	Normalmente, o usuário tem que esperar <b>mais de 30 minutos</b> na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	99

15.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta na unidade de atenção básica antes que um usuário busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	99
16.	Em geral os usuários são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	99
17.	A equipe tem sua população cadastrada?	1	2	3	4	99
18.	Se o usuário tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode falar com o mesmo (o original fala "algum profissional de saúde") profissional que o atendeu?	1	2	3	4	99
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
19.	Acha que, na sua equipe, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	99
20.	Os profissionais de saúde da sua equipe normalmente utilizam o prontuário do usuário em cada consulta?	1	2	3	4	99
21.	Geralmente os profissionais de saúde conseguem obter informações sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário na hora do atendimento?	1	2	3	4	99
22.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	99
	Em que medida a sua unidade de atenção básica oferece os seguintes serviços?	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
23.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	99
24.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	99
25.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	99
26.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	99
27.	Controle pré-natal	1	2	3	4	99
28.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	99
29.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	99
30.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	99

31.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	99
32.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	99
33.	Tratamento/controle de asma	1	2	3	4	99
34.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	99
35.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	99
36.	Tratamento/controle de DPOC	1	2	3	4	99
37.	Atendimento de casos agudos	1	2	3	4	99
38.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	99
39.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	99
40.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	99
41.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	99
42.	Educação em nutrição	1	2	3	4	99
43.	Educação em saúde	1	2	3	4	99
44.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	99
45.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	99
46.	Educação preventiva em saúde bucal	1	2	3	4	99
47.	Assistência odontológica preventiva	1	2	3	4	99
48.	Assistência odontológica curativa	1	2	3	4	99
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
49.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados acima?	1	2	3	4	99
50.	Nessa equipe os profissionais de saúde seguem os protocolos clínicos?	1	2	3	4	99
51.	Nessa equipe, os profissionais de saúde se sentem seguros para responder aos problemas da população idosa?	1	2	3	4	99
52.	Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na unidade?	1	2	3	4	99
53.	Todos os usuários têm em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	99
54.	Para todas as grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal na unidade?	1	2	3	4	99

55.	Todas as grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e exames?	1	2	3	4	99
56.	Com que frequência os profissionais de saúde na sua equipe utilizam as normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	99
57.	Quando um usuário precisa ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou explicam os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	99
58.	Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	99
59.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	99
60.	Após a utilização do serviço para o qual foi referenciado, a equipe conversa com o usuário sobre o que ocorreu nesse atendimento?	1	2	3	4	99
61.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	99
62.	A consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feita pela equipe que solicitou?	1	2	3	4	99
63.	O usuário é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	99
64.	Existe regulação local periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	99
65.	Se solicitado ou necessário, é permitido aos usuário terem acesso aos seus prontuários médicos?	1	2	3	4	99
66.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário?	1	2	3	4	99
67.	Existe auditoria dos prontuários médicos?	1	2	3	4	99
68.	Os prontuários médicos são organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	99
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
69.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	99
70.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	99

71.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	99
	Com que frequência a sua equipe de atenção básica:	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
72.	Realiza enquetes de usuários para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	99
73.	Realiza enquetes de usuários para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	99
74.	Tem representantes da comunidade participando na gestão da unidade ou nos conselhos locais de saúde?	1	2	3	4	99
75.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	99
76.	Oferece serviços domiciliares curativos?	1	2	3	4	99
77.	Realiza visitas domiciliares regulares?	1	2	3	4	99
78.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	99
79.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	99
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a proporção mais adequada.	0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	Não sabe
80.	Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	99
81.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico em saúde da família?	1	2	3	4	99
82.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico em saúde da família?	1	2	3	4	99
83.	Que porcentagem da equipe foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, etc.)	1	2	3	4	99
84.	Em sua opinião, que porcentagem dos usuários recomendaria os serviços da equipe para um amigo ou parente?	1	2	3	4	99
85.	Em sua opinião, que porcentagem dos usuários procura a equipe antes de ir a outro serviço, cada vez que tem um novo problema de saúde?	1	2	3	4	99

**APÊNDICE C – Os atributos da Atenção Primária à Saúde no município de Belo Horizonte (Relatório de Pesquisa)**

**OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO  
DE BELO HORIZONTE**

Resultados de  
inquérito realizado  
em 2010

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) da  
Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE) da  
Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais

## **OS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE**

Resultados de inquérito realizado em 2010

## EQUIPE TÉCNICA

James Madnick é professor de Saúde Pública e de Políticas Públicas da New York University (Estados Unidos). Possui Doutorado em Saúde Pública pela Johns Hopkins University (Estados Unidos) e Pós Doutorado em Saúde e Sociedade pela University of Pennsylvania (Estados Unidos). É pesquisador colaborador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE).

Maria Turci é cirurgiã-dentista especialista em epidemiologia e mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. É especialista em gestão da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, aluna do doutorado do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG e pesquisadora do do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE).

Maria Fernanda Lima-Costa é médica epidemiologista, pesquisadora do Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Possui doutorado em Medicina pela UFMG e Pós Doutorado em Epidemiologia pela Johns Hopkins University (Estados Unidos) e pela University of London (Reino Unido). É diretora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE), Centro Colaborador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada em 2010. Agradecemos à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo entusiasmo e apoio à pesquisa.

O estudo foi financiado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Agradecemos o apoio recebido, sem o qual não teria sido possível a realização da pesquisa.

Agradecemos, também, aos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde e Enfermeiros das Equipes de Saúde da Família pela disposição em participar do estudo e pela pronta resposta.

## ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	6
II. PESQUISA SOBRE ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	8
II.1. Definições de atributos da atenção primária	8
II.2. Instrumento da pesquisa	8
II.3. Participantes da pesquisa	10
II.4. Operacionalização da pesquisa	10
II.5. Análise dos dados	10
III. RESULTADOS	12
III.1. Dimensões da Atenção Primária à Saúde	12
Acesso e Primeiro Contato	12
Longitudinalidade	14
Integralidade	16
Coordenação	20
Enfoque familiar	23
Orientação comunitária	24
Escore global da APS	27
Recursos disponíveis	28
III.2. Dimensões da APS por distrito sanitário	29
IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	33
V. REFERÊNCIAS	35
VI. ANEXO: QUESTIONÁRIOS	36
Questionário Sobre os Atributos da Atenção Primária em Saúde (para Equipes)	36
Questionário Sobre os Atributos da Atenção Primária em Saúde (para Gerentes)	40

## I. INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) é baseada em um modelo de atenção que visa o cuidado longitudinal do indivíduo para a maioria dos problemas e necessidades em saúde, a atenção integral, a provisão de cuidados no contexto da família e da comunidade, assim como a coordenação dos diferentes níveis de atenção<sup>(1)</sup>. A atenção primária, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das prioridades no Sistema Único de Saúde (SUS), com crescente comprometimento orçamentário do Ministério da Saúde para essa finalidade<sup>(2,3)</sup>.

A ESF foi implantada em 1994, para aprimorar a atenção à saúde "tradicional" oferecida em postos e centros de saúde. A ESF é organizada por área de abrangência, visando, em cada área, a cobertura de aproximadamente 1000 famílias. O uso da ESF não é uma escolha individual, sendo determinado pelo local de residência. Entre 1998 e 2008, o número de equipes da ESF (composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4-5 agentes comunitários) aumentou de 4.000 para 29.000 no Brasil. Essa expansão corresponde a um aumento da cobertura de 11 para 93 milhões de pessoas, compreendendo 50% do total da população brasileira<sup>(4)</sup>.

Apesar da alta cobertura, alguns autores lembram que existem constrangimentos para a consolidação da ESF como organizadora da atenção primária em grandes centros urbanos, sobretudo devido à diversidade de outros modelos de atenção<sup>(5)</sup>. Estudos avaliando a performance da ESF de forma abrangente em capitais brasileiras ainda são poucos. No município de São Paulo, verificou-se que um Índice de atenção primária (constituído por diferentes dimensões desse modelo de atenção) era mais alto entre usuários das unidades da ESF, em comparação aos usuários das unidades básicas de saúde "tradicionais", embora entre os gestores essas diferenças não fossem observadas<sup>(6)</sup>.

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é uma das maiores cidades brasileiras com 2,4 milhões de habitantes, ocupando uma área de 331 km<sup>2</sup><sup>(7)</sup>. Embora apresente o quarto maior Produto Interno Bruto do país e alto Índice de Desenvolvimento Humano (0,839), existem profundas desigualdades sociais entre seus habitantes<sup>(8,9)</sup>. Visando o planejamento das ações de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) desenvolveu um Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Esse índice é baseado nas características dos moradores de cada setor censitário, compreendendo condições de saneamento, características do domicílio, escolaridade e renda dos indivíduos e indicadores da mortalidade precoce<sup>(10)</sup>. Com base nesses componentes, os setores censitários são classificados como de risco baixo, médio, elevado ou muito elevado. As áreas de risco médio, elevado e muito elevado foram selecionadas para a implantação da ESF, em 2002. Entre 2003 e 2010, o número de equipes da ESF foi ampliado de 488 para 544, alcançando a cobertura de 79% do total da população ao final de 2010. Ao longo desse período, todas as Unidades Básicas de Saúde "tradicionais" nas áreas de cobertura da ESF foram substituídas pelo novo modelo de atenção. Nas áreas classificadas como de risco baixo, o modelo de atenção à saúde "tradicional" foi mantido.

Existem algumas evidências de que esses investimentos têm tido um impacto na saúde dos moradores. Resultados de um estudo ecológico indicam que a diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (ou seja, hospitalizações que podem ser evitadas por ações adequadas nesse nível de atenção) em anos recentes estão associadas à expansão da ESF no município de Belo Horizonte (14).

Visando contribuir para o aperfeiçoamento da ESF no município de Belo Horizonte, foi realizada uma pesquisa para avaliar a performance dos atributos da atenção primária, na percepção dos gestores e das equipes da ESF. O presente relatório apresenta os resultados dessa pesquisa.

## II. PESQUISA SOBRE ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

### II.1. Definições de atributos da atenção primária

O principal objetivo desta pesquisa é construir um conjunto de informações que permita visualizar o desempenho da ESF, segundo a visão dos gestores locais e das equipes da ESF nos diferentes distritos sanitários do município de Belo Horizonte. Como parâmetros, foram utilizados os atributos da atenção primária<sup>(1)</sup>, cujas definições estão apresentadas no Quadro 1.

### II.2. Instrumento da pesquisa

Foi utilizada uma adaptação do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)* – originalmente desenvolvido na Universidade de Johns Hopkins<sup>(1)(2)</sup> e posteriormente adaptado e validado para ser usado no Brasil<sup>(3)</sup>.

O questionário contém 85 perguntas e foi delineado para ser respondido por informantes-chave. As perguntas incluem questões referentes aos vários atributos da atenção primária, tais como: acesso, porta de entrada, vínculo, integralidade, coordenação, orientação comunitária e familiar, além de questões referentes à formação dos profissionais de saúde e estrutura dos serviços de saúde (Quadro 1). Cada um desses atributos está relacionado a um determinado número de ações específicas da prática clínica, da saúde pública e da implementação de políticas de saúde.

Foram utilizadas duas versões do questionário: uma dirigida para os gestores e outra dirigida para os(as) enfermeiros(as) das equipes da ESF. Ambos são auto-preenchíveis e contêm as mesmas perguntas, com pequenas diferenças. As informações obtidas junto aos gestores referem-se à unidade sob sua direção e às respectivas equipes da ESF. As informações obtidas junto ao profissional referem-se à equipe da ESF na qual atua.

**Quadro 1 – Definições dos atributos essenciais da atenção primária à saúde**

Atributo	Definição
Acesso	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população à qual atende, os horários e dias em que as unidades funcionam, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos do acesso.
Porta de Entrada	Implica no acesso e uso da atenção primária a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde, sempre como primeira procura devido a esse problema, exceto nos casos de urgência.
Vínculo-Longitudinalidade	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário o encaminhamento para consulta especializada ou outro nível de atenção. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que refilam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde.
Elenco de serviços (abrangência)	Parte do pressuposto que as unidades de atenção primária devem estar preparadas para atender às necessidades em saúde da população. Esse parâmetro inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e os encaminhamentos para outros níveis (consultas especializadas, nível terciário, internação domiciliar e outros serviços comunitários).
Coordenação e Integração dos serviços	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados devem ser avaliados nas consultas subsequentes.
Enfoque familiar	Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a riscos à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento de problemas relacionados à limitação de recursos familiares.
Orientação para a comunidade	Implica no reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e levado em consideração.
Formação profissional	Pressupõe que a atenção primária seja uma área de "especialização" que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde estejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

Fonte: Starfield, 1992 <sup>(6)</sup>

### II.3. Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os gerentes das 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte, assim como 538 profissionais de cada uma das equipes de ESF que atuavam nas respectivas unidades.

Os gerentes e os profissionais de saúde foram seleccionados como informantes-chave porque eles podem oferecer informações sobre o desempenho e qualidade da atenção de toda a equipe da ESF e não apenas sobre suas próprias atividades. Outros estudos, conduzidos nos municípios de Petrópolis e São Paulo <sup>114, 115</sup> empregaram metodologia semelhante. As ferramentas de auto-avaliação são muito comuns na área de melhoria de qualidade.

O profissional seleccionado em cada equipe foi o(a) enfermeiro(a), uma vez que as pesquisas citadas anteriormente mostraram que geralmente esse profissional conhece com mais profundidade os detalhes do processo de atenção e organização das equipes da ESF, em comparação aos outros profissionais das mesmas equipes.

### II.4. Operacionalização da pesquisa

A pesquisa foi antecedida pela realização de um seminário com os gestores do município no dia 9 de Agosto de 2010, para o qual foram convidados gerentes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), gerentes de Distritos Sanitários e gerentes do Nível Central da Secretaria de Saúde envolvidos com a Atenção Primária à Saúde. Nesse seminário foram apresentados os objetivos da pesquisa, experiências anteriores e seus desdobramentos para a atenção primária.

Após a apresentação, foram entregues envelopes para os gerentes das UBS, contendo questionários numerados, a serem preenchidos pelos mesmos e pelos(as) enfermeiros(as). Para os que não puderam participar do seminário, os envelopes com os questionários foram entregues aos gerentes nas suas respectivas unidades de saúde, após prévio agendamento.

Após o preenchimento, todos os questionários foram lacrados e rubricados pelo próprio respondente, de forma a tomar a informação confidencial. Todos os Informantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e também, pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte.

## II.5. Análise dos dados

Como mencionado anteriormente, o Instrumento contém 65 perguntas específicas sobre aspectos que correspondem aos atributos principais da atenção primária. Cada pergunta tem respostas com quatro opções, com valores que variam entre 1 e 4. As respostas foram somadas e o valor médio de todas as perguntas para cada atributo foi calculado para cada informante-chave. A partir desses dados foi construído um escore total para cada equipe da ESF, denominado "escore global" de Atenção Primária (AP), obtido pela soma dos escores para todos os atributos. Cada atributo da atenção primária recebeu nota entre 0,00 e 1,00, que correspondem a uma escala de 0 a 100, a última representando a situação ideal. No quadro 2 estão apresentadas algumas indicações para a interpretação dos escores.

**Quadro 2** - Interpretação dos escores

Escore	Interpretação
0,90-1,00	Excelente performance, sem necessidade de melhoria
0,80-0,89	Muito bom, com poucas áreas a serem aprimoradas
0,70-0,79	Bom, mas com várias áreas que necessitam de aprimoramento
0,60-0,69	Razoável, com possibilidade de melhorias
<0,60	Performance ruim, com necessidade de melhoria significativa

Os resultados da análise contemplam: (1) escore das respostas a cada pergunta que compõe o atributo e escore total por atributo, comparando profissionais e gestores. Nessa seção são apresentadas as médias dos escores, a razão e a diferença absoluta da avaliação entre os profissionais e os gestores, assim como testes de significância estatística para orientar a interpretação dos resultados. Nessa primeira etapa são apresentados, também, o escore de cada atributo, o escore global da APS e os escores relativos à estrutura (equipamentos e insumos), com seus respectivos intervalos de confiança de 95%; (2) comparação dos escores totais e por atributo entre os diferentes distritos sanitários, tendo como referência o Centro-Sul.

### III. RESULTADOS

#### III.1. Dimensões da Atenção Primária à Saúde

##### Acesso e Primeiro Contato

O acesso é um aspecto fundamental, pois se o usuário não consegue acessar os serviços de saúde, os outros objetivos da APS não são alcançados. A Tabela 1 mostra que o escore total para acesso é composto de 7 itens, que medem diferentes aspectos da acessibilidade aos serviços de saúde. Pode-se observar que o escore total desse atributo foi baixo, tanto na percepção dos profissionais quanto dos gestores (0,42 e 0,45, respectivamente). Esse escore é o que alcançou valor mais baixo entre todas as dimensões avaliadas.

Entre os elementos que compõe esse atributo, pouco mais da metade dos entrevistados informaram que os usuários podem obter uma consulta no prazo de 24 horas, sendo que os gestores avaliaram esse aspecto melhor que os profissionais das equipes. Nenhuma das UBS está aberta nos finais de semana e cerca de 70% estão abertas pelo menos um dia após às 18 horas. Segundo os entrevistados, apesar de quase todas as unidades possuírem telefone para fornecer informações aos usuários, existe pouca possibilidade de marcar consulta por telefone e não existe linha telefônica para informações quando a unidade de saúde está fechada. Segundo os profissionais, 41% dos usuários geralmente esperam mais de 30 minutos na unidade de saúde para serem atendidos; a proporção correspondente para os gestores foi um pouco mais alta (46%).

**Tabela 1** - Indicadores de acesso na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Profissional	Gestor	Razão*	Pr.	Diferença**
Usuário consegue consulta em 24hs	0,52	0,65	1,24	0,009	19,53%
UBS aberta fim de semana	0,00	0,00	0,00	0,586	0,00%
UBS aberta até 18hs pelo menos uma vez por semana	0,70	0,71	1,01	0,845	1,23%
Usuário consegue marcar consulta por telefone	0,21	0,24	1,12	0,544	10,33%
UBS tem telefone para fornecer informações	0,93	0,94	1,01	0,601	1,37%
Existe número para informações quando a UBS está fechada	0,12	0,14	1,12	0,661	10,64%
Usuário espera mais de 30 minutos para obter atendimento	0,41	0,46	1,11	0,344	9,90%
<b>ACESSO (Escore total)</b>	<b>0,42</b>	<b>0,45</b>	<b>1,07</b>	<b>0,371</b>	<b>6,28%</b>

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

O atributo "Primeiro contato" refere-se à atenção primária como porta de entrada para a consulta com especialistas ou para a obtenção de diagnóstico e tratamento. Segundo os entrevistados, os centros de saúde em Belo Horizonte são excelentes na performance deste atributo, com escores quase perfeitos (0,95 e 0,96), que não diferem entre gestores e profissionais. (Tabela 2).

**Tabela 2** - Primeiro Contato na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

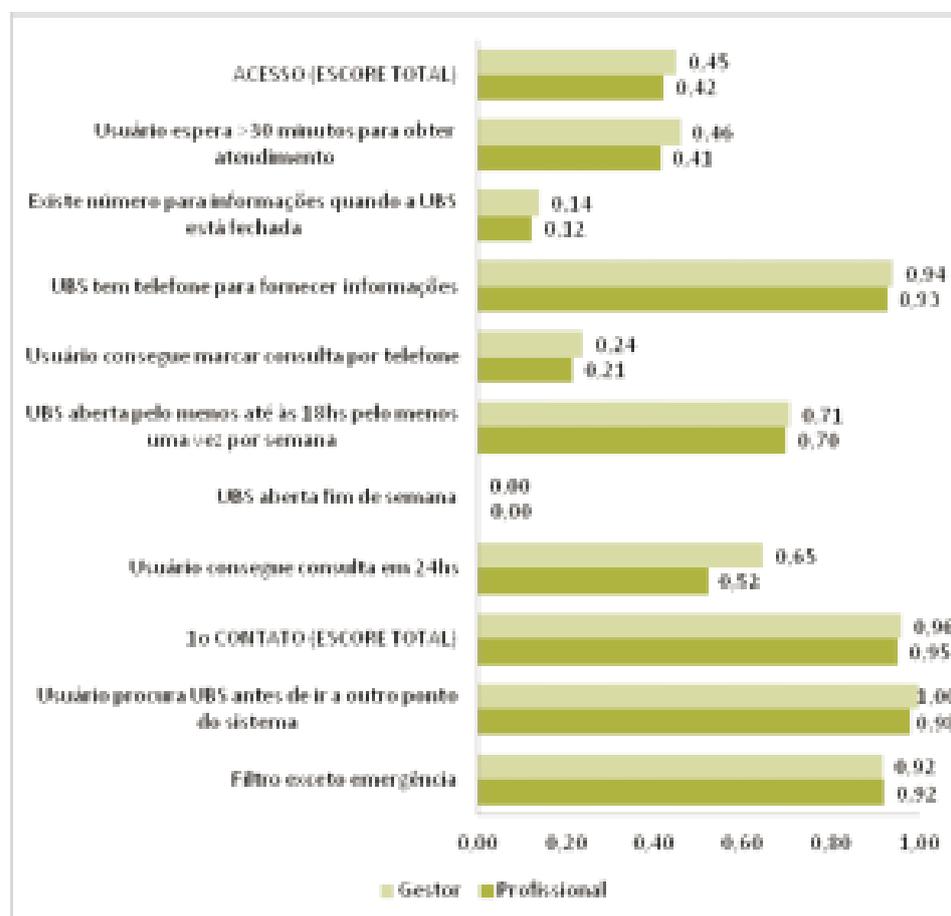
	Profissional	Gestor	Razão*	Pr.	Diferença**
Filtro exceto emergência	0,92	0,92	1,00	0,924	-0,28%
Usuário procura UBS antes de ir a outro ponto do sistema	0,98	1,00	1,02	0,099	1,96%
1.º CONTATO (Escore total)	0,95	0,96	1,01	0,558	0,91%

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

A Figura 1 mostra graficamente a relação entre as perguntas que compõem os atributos de acesso e primeiro contato entre os profissionais e gestores. Pela figura fica claro que alguns elementos de acesso (linha telefônica para Informações quando o posto está fechado e atendimento no final de semana) são muito baixos, enquanto outros elementos quase chegam a 1,00.

**Figura 1** - Acesso e primeiro contato na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Longitudinalidade

Esse atributo ou dimensão da atenção primária mede a capacidade do serviço para criar vínculo entre o usuário e a equipe de saúde. A existência do vínculo facilita a comunicação e a confiança do usuário e tem sido descrito como um elemento importante para a realização de exames preventivos e para o seguimento de conselhos médicos.<sup>(9)</sup>

A Tabela 3 apresenta os elementos da longitudinalidade, na avaliação dos gestores e profissionais das equipes da ESF. Quase todos os elementos receberam escores acima de 84%, exceto o último item - se os profissionais são informados se o usuário não consegue obter os medicamentos prescritos. Para seis das sete perguntas, os gestores avaliaram melhor a performance das UBS do que os profissionais. O escore total de longitudinalidade foi de 0,83 entre os profissionais e de 0,89 entre os gestores.

**Tabela 3** – Longitudinalidade na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

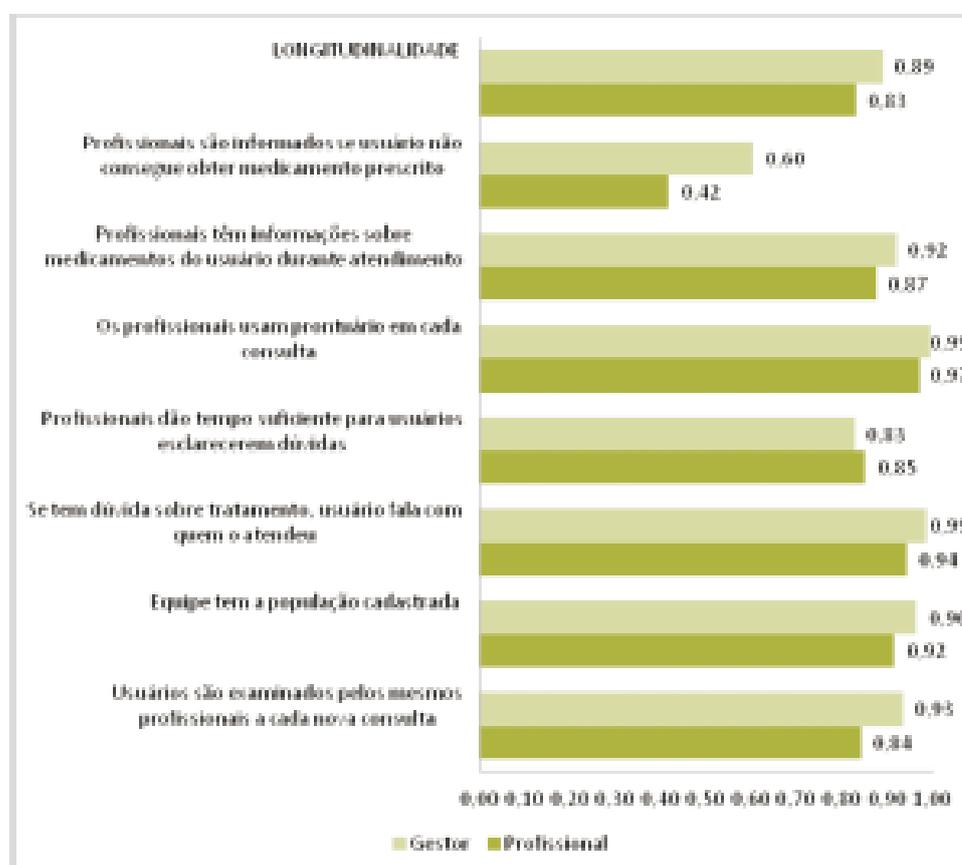
	Profissional	Gestor	Razão*	Pr	Diferença**
Os usuários são examinados pelos mesmos profissionais a cada nova consulta	0,84	0,93	1,11	0,006	9,87%
As equipes têm a população cadastrada	0,92	0,96	1,05	0,058	5,01%
Quando tem dúvida sobre tratamento, o usuário fala com quem o atendeu	0,94	0,99	1,05	0,036	4,44%
Os profissionais dão tempo suficiente para os usuários esclarecerem dúvidas	0,85	0,83	0,97	0,478	-3,01%
Os profissionais usam prontuário em cada consulta	0,97	0,99	1,02	0,128	2,32%
Os profissionais têm informações sobre medicamentos do usuário durante atendimento	0,87	0,92	1,05	0,154	4,83%
Os profissionais são informados se usuário não consegue obter medicamento prescrito	0,42	0,60	1,44	0,000	30,71%
<b>LONGITUDINALIDADE (Escore total)</b>	<b>0,83</b>	<b>0,89</b>	<b>1,07</b>	<b>0,000</b>	<b>6,64%</b>

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

A Figura 2 mostra os componentes do escore de longitudinalidade, ficando evidente que o elemento mais carente é o profissional saber se o usuário não consegue os medicamentos prescritos. Os gestores, via de regra, avaliaram melhor quase todos os elementos, em comparação aos profissionais de saúde. De maneira geral, os serviços apresentaram boa performance na maioria dos indicadores desse atributo.

**Figura 2** - Longitudinalidade na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Integralidade

A integralidade mede a capacidade da atenção primária em abordar a maioria dos problemas de saúde da população. Em países com sistemas de APS bem desenvolvidos, esse nível de atenção é capaz de resolver entre 70 e 80% dos problemas de saúde. Mas essa capacidade depende de inúmeros fatores como a disponibilidade de profissionais com treinamento suficiente, equipamentos e insumos.<sup>136</sup>

Como pode ser observado na tabela 4, as ESF oferecem atenção para os problemas mais comuns de saúde das crianças e dos adultos. A área considerada como menos forte é tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e quase nenhuma equipe da ESF é capaz de realizar pequenas cirurgias. Os entrevistados informaram que elementos da educação em saúde (aconselhamento sobre álcool e tabaco, nutrição, acidentes e violência doméstica) são pouco realizados. Finalmente, os entrevistados indicaram que os profissionais de saúde nem sempre estão seguros para responder aos problemas de saúde dos idosos, área que ganha crescente importância em consequência do rápido envelhecimento populacional.

**Tabela 4** - Integralidade na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

UBS realiza:	Profissional	Gestor	Razão*	Pr	Diferença**
Vacinações de crianças	1,00	1,00	1,00	0,585	0,22%
Atendimento de crianças e adolescentes	0,98	0,99	1,01	0,390	1,03%
Atendimento de adultos	1,00	1,00	1,00	0,584	0,22%
Atendimento de idosos	0,98	1,00	1,02	0,146	1,52%
Atenção pré-natal	1,00	0,99	0,99	0,066	-0,74%
Serviços de planejamento familiar	0,96	0,97	1,01	0,603	0,98%
Atendimento de DST	0,84	0,90	1,07	0,075	6,85%
Programa de controle de tuberculose	0,96	1,00	1,04	0,018	3,93%
Controle/tratamento de doenças endêmicas	0,97	0,97	1,00	0,823	0,40%
Controle/ tratamento de doenças epidêmicas	0,97	0,97	1,00	0,972	-0,06%
Tratamento e controle de asma	0,99	0,99	0,99	0,546	-0,59%
Tratamento e controle de diabetes	0,99	1,00	1,01	0,273	0,87%
Tratamento e controle de hipertensão	0,99	1,00	1,01	0,219	1,09%
Tratamento e controle de DPOC	0,91	0,92	1,01	0,812	0,72%
Atendimento de casos agudos	1,00	0,99	0,99	0,067	-0,73%
Tratamento de pequenas feridas	0,99	0,99	1,01	0,587	0,58%
Pequenas cirurgias	0,05	0,05	1,01	0,988	0,63%
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	0,46	0,58	1,27	0,012	21,07%
Acompanhamento em saúde mental	0,86	0,93	1,09	0,020	7,96%
Educação em nutrição	0,66	0,66	1,00	0,992	0,07%
Educação em saúde	0,82	0,83	1,01	0,790	1,18%
Educação sobre violência doméstica	0,34	0,33	1,37	0,036	27,15%
Educação sobre acidentes domésticos	0,37	0,38	1,02	0,878	1,94%
Educação preventiva em saúde bucal	0,80	0,85	1,07	0,125	6,89%
Assistência odontológica preventiva	0,78	0,87	1,11	0,030	9,65%
Assistência odontológica curativa	0,90	0,95	1,05	0,089	4,52%
Disponibilidade de protocolos de atendimento	0,95	0,97	1,03	0,233	2,57%
Profissionais de saúde seguem os protocolos	0,89	0,86	0,96	0,219	-4,46%
Profissionais seguros para responder aos problemas da população idosa	0,73	0,82	1,13	0,026	11,30%
<b>INTEGRALIDADE (escore total)</b>	<b>0,83</b>	<b>0,86</b>	<b>1,03</b>	<b>0,014</b>	<b>2,93%</b>

DST: doenças sexualmente transmissíveis; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

A Figura 3 mostra claramente que os profissionais, de modo geral, foram menos otimistas que os gestores sobre a sua capacidade de resolver os múltiplos problemas de saúde da população. Uma área de discrepância entre os dois tipos de entrevistados é a da educação e conselhos sobre hábitos de vida saudáveis, que precisam estar fortalecidos numa estratégia como a saúde da família.

**Figura 3 - Integralidade na percepção dos gestores e dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).**



## Coordenação

O atributo de coordenação refere-se à capacidade da APS em funcionar como eixo organizador do sistema de saúde. Para servir como fonte de uso regular, a APS precisa coordenar não apenas o acesso aos outros níveis de atenção, mas também deve agregar as informações do usuário num lugar central. Isso é fundamental para poder organizar os vários cuidados, integrar e avaliar os medicamentos prescritos por fontes diferentes, além de identificar problemas na obtenção de exames laboratoriais e outros serviços diagnósticos necessários.

A Tabela 5 mostra que o escore total para coordenação foi igual entre profissionais e gestores. O valor de 0,78 representa um desempenho relativamente boa, mas com possibilidade de melhora. Na maioria dos indicadores, tanto profissionais quanto gestores avaliaram como excelente (>0,90) os aspectos de informação (registros, informações escritas), mas identificaram problemas no sistema de referência e, sobretudo, na área de contra-referência. Outros aspectos avaliados como apenas razoáveis incluem-se a regulação periódica dos prontuários médicos e aquela realizada para avaliar a necessidade de referência.

Na figura 4 podem ser mais claramente visualizados os elementos que contribuem para a performance do indicador de coordenação. Para alguns indicadores (referência, contra-referência e discussão sobre lugares de atendimento), a avaliação foi melhor entre os profissionais do que entre os gestores.

**Tabela 5** – Coordenação na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Profissional	Gestor	Razão*	Pt	Diferença**
Registro obrigatório das crianças atendidas na unidade	0,90	0,98	1,08	0,004	7,62%
Registro das imunizações e ACD das crianças em poder do usuário	0,89	0,93	1,04	0,229	3,86%
Registro obrigatório de controle pré-natal das gestantes na unidade	0,98	0,98	1,00	0,734	-0,45%
Registro sobre consultas pré-natais e exames em poder das grávidas	1,00	0,98	0,98	0,012	-2,03%
Utilização de normas definidas para referência e contra-referência	0,82	0,88	1,08	0,083	7,14%
Discussão sobre lugares de atendimento, quando usuário referido a outros serviços	0,83	0,80	0,97	0,445	-3,52%
Informações escritas sobre usuário para entregar a serviço referido (referência)	0,94	0,93	0,98	0,479	-1,76%
Contra-referência feita pelos serviços de referência para os profissionais da APS	0,10	0,04	0,36	0,019	-176,00%
Conversa com usuário sobre atendimento em serviço de referência	0,67	0,74	1,10	0,149	8,94%
Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para UBS	0,95	0,99	1,04	0,072	3,56%
Consulta para análise de resultados de exames feita pela equipe que solicitou	0,95	0,98	1,03	0,154	2,88%
Usuário avisado ou consultado sobre esse agendamento	0,93	0,96	1,04	0,138	3,66%
Regulação local periódica para revisar a necessidade de referência	0,51	0,54	1,06	0,559	5,25%
Permitido aos usuários terem acesso aos seus prontuários médicos se solicitado	0,87	0,91	1,05	0,181	4,62%
Prontuários disponíveis quando o profissional examina o usuário	0,96	0,98	1,02	0,387	1,54%
Auditoria dos prontuários médicos	0,01	0,00	0,00	0,233	0,00
<b>COORDENAÇÃO (Escore total)</b>	<b>0,78</b>	<b>0,78</b>	<b>1,00</b>	<b>0,442</b>	<b>0,00</b>

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

**Figura 4 –** Coordenação na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Enfoque familiar

A ESF enfatiza o papel importante da família no processo saúde-doença. Esse papel é incorporado à prática médica por vários mecanismos. O propósito é melhorar o vínculo entre profissionais de saúde e o usuário e facilitar a capacidade da APS para identificar fatores de risco (e de proteção) que vêm do ambiente mais próximo do indivíduo.

A Tabela 6 apresenta os resultados da avaliação das dimensões do Enfoque familiar segundo os gestores e profissionais da ESF. O escore total (0,68) mostrou performance entre razoável e boa, e foi menor entre profissionais do que entre gestores (0,68 e 0,75 entre profissionais e gestores, respectivamente). O indicador mais forte foi a probabilidade de os usuários recomendarem o serviço de saúde para amigos ou parentes (0,94 e 0,96 entre profissionais e gestores, respectivamente). Em poucas unidades, os prontuários médicos são organizados por família (0,34 e 0,35 entre profissionais e gestores, respectivamente). As perguntas relacionadas à comunicação com a família e sobre fatores de risco sociais ou comunitárias mostraram performance razoável (<0,70) entre profissionais e performance boa (>0,80) entre os gestores.

**Tabela 6** - Enfoque familiar na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

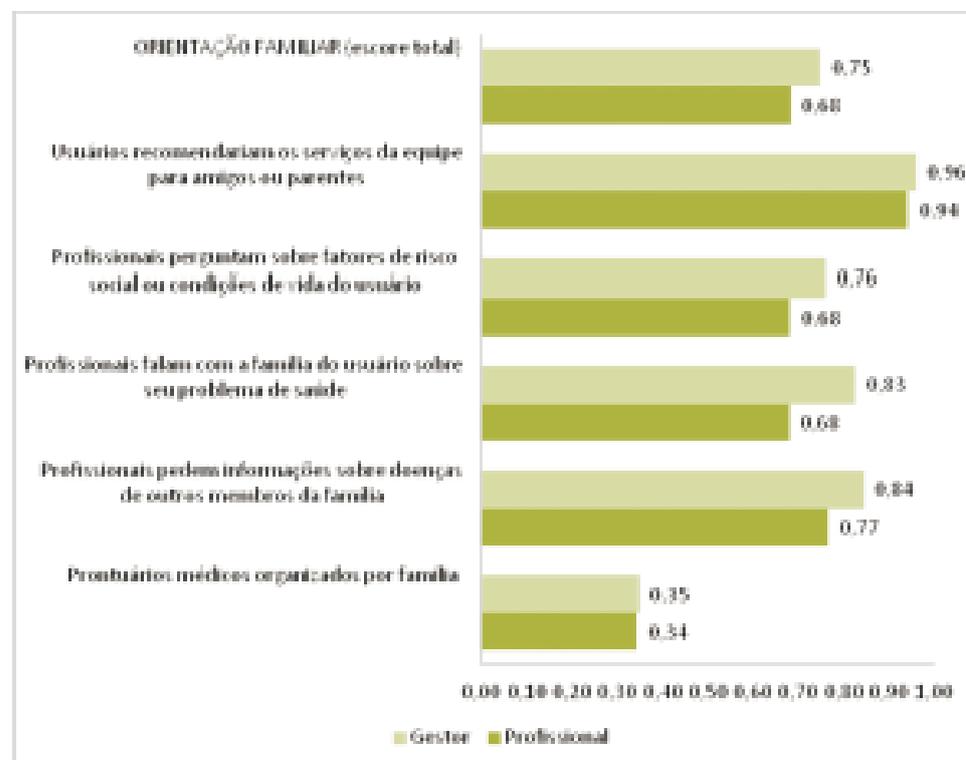
	Profissional	Gestor	Razão*	Pr	Diferença**
Prontuários médicos organizados por família	0,34	0,35	1,01	0,922	1,30%
Profissionais pedem informações sobre doenças de outros membros da família	0,77	0,84	1,10	0,058	9,25%
Profissionais falam com a família do usuário sobre seu problema de saúde	0,68	0,83	1,22	0,001	17,73%
Profissionais perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário	0,68	0,76	1,12	0,080	10,40%
Usuários recomendariam os serviços da equipe para amigos ou parentes	0,94	0,96	1,02	0,345	1,85%
ENFOQUE FAMILIAR (Escore total)	0,68	0,75	1,10	0,003	8,97%

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença em percentual entre gestores e profissionais

A Figura 5 mostra as variações entre o tipo de entrevistado e indicadores específicos relacionados com o enfoque familiar. É importante ressaltar que o indicador de organização de prontuários médicos por família é apenas uma maneira de sistematizar essa informação. Em Belo Horizonte, o uso de prontuários eletrônicos pode também facilitar essa vinculação de informação.

**Figura 5** - Enfoque familiar na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Orientação comunitária

A APS trabalha não apenas como o primeiro nível do sistema de saúde, mas também funciona como elo entre serviços de saúde individual e os programas de saúde coletiva. Uma maneira de fortalecer essa vinculação é pela forte orientação comunitária dos serviços de APS.

A Tabela 7 descreve aspectos da orientação comunitária das ESF em Belo Horizonte. Este atributo foi avaliado entre ruim (<0,60) e razoável (0,65) pelos profissionais e gestores, respectivamente.

Aspectos particularmente fortes foram: a presença de representantes da comunidade nos conselhos locais de saúde e a realização de serviços de saúde domiciliares. Segundo os entrevistados, melhoras são necessárias nas ações intersetoriais, tanto com as escolas quanto com outros grupos comunitários. Um aspecto avaliado como muito ruim foi a realização de enquetes de usuários para saber se os serviços são adequados e para identificar problemas na comunidade.

**Tabela 7 - Orientação Comunitária na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).**

	Profissional	Gestor	Razão*	Pr	Diferença**
Realiza enquetes de usuários para saber se serviços respondem necessidades de saúde da população	0,07	0,15	2,14	0,004	53,19%
Realiza enquetes de usuários para identificar problemas de saúde da população	0,16	0,20	1,21	0,351	17,37%
Tem representantes da comunidade participando na gestão da unidade ou nos conselhos de saúde	0,81	0,96	1,19	0,000	15,66%
Oferece serviços de saúde nas escolas	0,52	0,72	1,40	0,000	28,44%
Oferece serviços domiciliares curativos	0,93	0,93	0,99	0,774	-0,75%
Realiza visitas domiciliares regulares	0,96	0,98	1,01	0,444	1,34%
Trabalha com outras organizações ou grupos da comunidade para realizar programas intersetoriais	0,34	0,53	1,55	0,000	35,61%
Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços conforme problemas na comunidade	0,65	0,75	1,15	0,032	12,99%
<b>ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA (Escore total)</b>	<b>0,56</b>	<b>0,65</b>	<b>1,16</b>	<b>0,000</b>	<b>13,84%</b>

\*Razão entre escores dos gestores e profissionais

\*\*Diferença entre gestores e profissionais

**Figura 6** – Orientação Comunitária na percepção dos gestores e dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Escore global da APS

A Tabela 8 mostra um sumário dos escores para os atributos principais da APS no município de Belo Horizonte, segundo as duas fontes de informações: profissionais de saúde e gestores. Em 3 dos 7 atributos não houve diferença entre os escores obtidos nas duas fontes. Nos outros 4 escores, a avaliação dos gestores foi discretamente mais positiva que a dos profissionais, com impacto no escore global da APS que também apresentou essa diferença.

**Tabela 8** – Sumário dos escores por atributo, na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

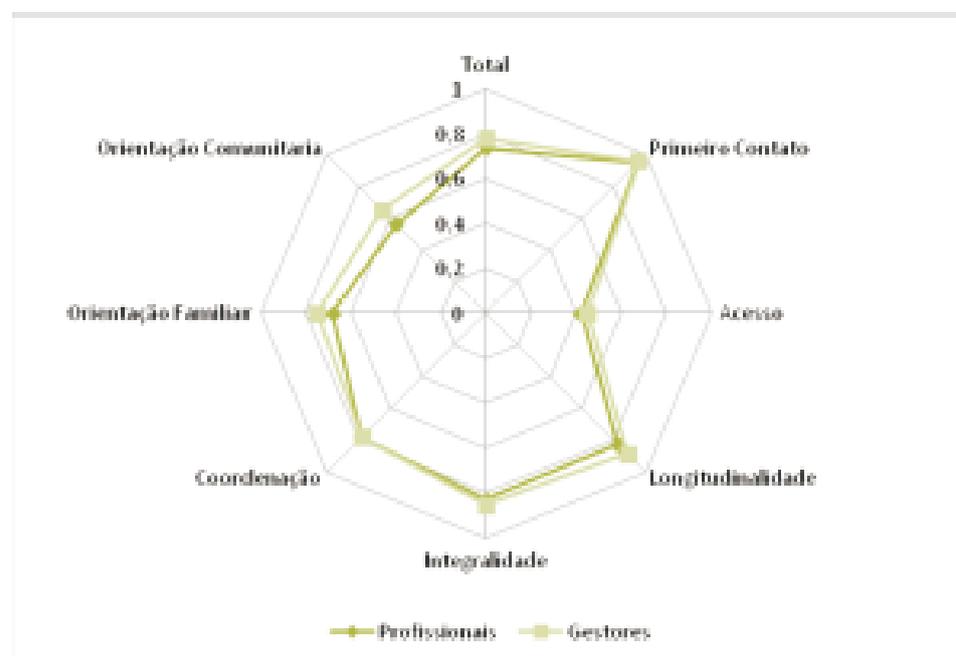
	Total	Acesso	Primeiro contato	Longitudinalidade
<b>Profissionais</b>	0,75*	0,45	0,95	0,83*
	(0,74-0,75)	(0,43-0,46)	(0,94-0,97)	(0,82-0,84)
<b>Gestores</b>	0,78	0,46	0,96	0,89
	(0,76-0,79)	(0,44-0,49)	(0,93-0,99)	(0,86-0,91)
	<b>Integralidade</b>	<b>Coordenação</b>	<b>Enfoque familiar</b>	<b>Orientação comunitária</b>
<b>Profissionais</b>	0,83*	0,78	0,68*	0,56*
	(0,82-0,84)	(0,77-0,79)	(0,66-0,70)	(0,54-0,58)
<b>Gestores</b>	0,86	0,79	0,75	0,65
	(0,84-0,87)	(0,77-0,81)	(0,71-0,78)	(0,62-0,69)

Dados representam escore médio por tipo de entrevistado e intervalo de confiança de 95%.

\* Escore estatisticamente diferente entre profissionais e gestores ( $p < 0,05$ )

A Figura 7 mostra graficamente o sumário dos escores entre gestores e profissionais. Apenas para orientação comunitária e foco familiar são grandes as diferenças entre fontes. Este fato é importante, pois, de certa forma, ele valida a metodologia porque escores muito parecidos foram obtidos de duas fontes diferentes de informação sobre os mesmos aspectos da performance das ESF. Portanto, discrepâncias entre escores obtidos pelos profissionais de saúde e os gestores dos mesmos centros de saúde podem refletir uma oportunidade de melhorar comunicação entre os dois grupos.

**Figura 7** - Escores por atributo, na percepção dos gestores e dos profissionais das equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).



### Recursos disponíveis

O último aspecto analisado refere-se a alguns recursos disponíveis nos centros de saúde para o trabalho das ESF no município. A Tabela 9 mostra que em sua maioria, os profissionais e gestores avaliaram que os centros de saúde têm medicamentos adequados na maior parte do tempo. Por outro lado, os profissionais (e também os gestores) avaliaram que os centros de saúde nem sempre têm todos os equipamentos necessários.

**Tabela 9** - Recursos disponíveis na percepção dos gestores e dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Disponibilidade de medicamentos	Presença de equipamentos	Escore total
Profissional	0,88	0,67	0,77
Gestor	0,94	0,84	0,89
Total	0,89	0,71	0,80

Na tabela 10 são apresentadas as informações relativas à formação e treinamento dos profissionais de saúde. Segundo os informantes, na maioria das vezes há um médico disponível para atendimento, durante a maior parte da semana. Contudo, essa avaliação foi pior entre os profissionais do que entre os gestores. Em relação ao treinamento dos médicos, todos os informantes avaliaram essa variável como razoável. Poucos dos profissionais de saúde receberam treinamento específico para lidar com as diferenças culturais da comunidade na qual eles atuam.

**Tabela 10** - Características dos profissionais na percepção dos gestores e dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Tempo da semana em médio	Médicos com treinamento em APS	Profissionais de treinamento em APS	Capacitação cultura da comunidade	Escore total
Profissional	0,84	0,68	0,74	0,48	0,70
Gestor	0,91	0,69	0,67	0,32	0,66
Total	0,86	0,69	0,72	0,44	0,69

### III.2. Dimensões da APS por distrito sanitário

A tabela 11 apresenta o escore global da APS para cada distrito do município de Belo Horizonte, de acordo com a avaliação de profissionais e gestores. A avaliação de todos os distritos foi boa, na avaliação dos profissionais, com variação entre 0,77 (Centro-Sul) e 0,72 (Nordeste). Em geral, a avaliação dos gestores é discretamente melhor, com variação entre 0,82 (Oeste) e 0,75 (Venda Nova). As diferenças entre os distritos não foi importante à exceção da avaliação dos profissionais do distrito Noroeste, que apresentou escores significativamente mais baixos em comparação ao distrito Centro-Sul.

**Tabela 11** - Escore global da APS, por distrito sanitário, total e na percepção dos gestores e profissionais das equipes da Estratégia de Saúde (Município de Belo Horizonte, 2010).

Distrito	Total	Prof.	Gestor
Centro-Sul	0,77	0,77	0,77
Oeste	0,77	0,75	0,82
Leste	0,77	0,76	0,80
Nordeste	0,77	0,76	0,79
Pampulha	0,75	0,73	0,78
Norte	0,76	0,75	0,79
Venda Nova	0,75	0,74	0,75
Barreiro	0,75	0,74	0,76
Noroeste	0,73*	0,72*	0,77
N	601	463	138

\*Escore estatisticamente diferente do distrito Centro-Sul ( $p < 0,05$ )

A Tabela 12A mostra os escores de cada atributo por distrito. A avaliação do acesso foi considerada "ruim" ( $<0,60$ ) em todos os distritos. Em contrapartida, as notas do atributo "primeiro contato" foram excelentes em todos eles ( $\geq 0,90$ ). Já os atributos longitudinalidade e integralidade foram pontuados como muito bons, mas com vários pontos necessitando aprimoramento. Em relação à longitudinalidade, os escores dos distritos Barreiro e Noroeste foram significativamente mais baixos que os do distrito Centro-Sul enquanto os escores da Integralidade apresentaram esta situação apenas no distrito Noroeste.

**Tabela 12A** – Escores da APS, por distrito sanitário (Município de Belo Horizonte, 2010).

Distrito	Acesso	Primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade
Centro-Sul	0,48	0,97	0,88	0,85
Oeste	0,49	0,96	0,87	0,86
Leste	0,43	0,97	0,83	0,86
Nordeste	0,42	0,98	0,85	0,85
Pampulha	0,51	1,00	0,84	0,82
Norte	0,47	0,99	0,87	0,83
Venda Nova	0,52	0,92	0,85	0,83
Barreiro	0,40*	0,94	0,81*	0,82
Noroeste	0,40*	0,90*	0,81*	0,81*
N	600	601	601	601

\*Escore estatisticamente diferente do distrito Centro-Sul ( $p < 0.05$ )

**Tabela 12B** - Escores da APS, por distrito sanitário (Município de Belo Horizonte, 2010).

Distrito	Coordenação	Enfoque familiar	Orientação comunitária
Centro-Sul	0,77	0,72	0,63
Oeste	0,80	0,61**	0,59
Leste	0,77	0,79	0,64
Nordeste	0,80	0,76	0,60
Pampulha	0,76	0,72	0,53**
Norte	0,78	0,72	0,58
Venda Nova	0,76	0,62**	0,57
Barreiro	0,79	0,71	0,60
Noroeste	0,79	0,66	0,52*
N	601	601	600

\*Escore estatisticamente diferente do distrito Centro-Sul ( $p < 0.05$ )

Na Tabela 12B, pode-se observar que o escore do atributo "coordenação" foi considerado bom, sem diferença significativa entre os distritos. Já o enfoque familiar foi avaliado também como bom, à exceção dos distritos Oeste, Venda Nova e Noroeste, classificados como razoáveis neste quesito, com os dois primeiros com escore significativamente menor que o distrito Centro-Sul. A orientação comunitária é um atributo de baixo desempenho, com vários distritos se enquadrando na classificação "ruim", e os distritos Pampulha e Noroeste com escores significativamente mais baixos em comparação ao distrito Centro-Sul.

Em relação aos recursos (Tabela 13), o quesito "disponibilidade de medicamentos" foi avaliado como excelente ( $\geq 0,90$ ) e muito bom (0,80-0,89) e no quesito presença de equipamentos, houve uma variação de ruim a muito bom. Globalmente, o quesito recursos disponíveis, que soma os dois aspectos anteriores, só apresentou diferenças estatisticamente significantes quando comparado o distrito Barreiro ao Centro-Sul.

**Tabela 13** - Recursos das equipes de Saúde da Família, por distrito (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Disponibilidade de medicamentos	Presença de equipamentos	Escore
Centro sul	0,91	0,55	0,73
Oeste	0,96	0,70	0,83
Leste	0,90	0,80	0,85
Nordeste	0,81	0,67	0,74
Pampulha	0,97	0,63	0,80
Norte	0,86	0,76	0,81
Venda nova	0,88	0,69	0,79
Barreiro	0,95	0,79	0,87*
Noroeste	0,86	0,68	0,77
Total	0,89	0,71	0,80

\*Escore estatisticamente diferente do distrito Centro-Sul ( $p < 0,05$ )

Em relação às características dos profissionais (Tabela 14), os aspectos que compuseram o escore foram: tempo de permanência do médico na equipe, treinamento do médico em atenção primária, treinamento dos outros profissionais em atenção primária e capacitação na cultura da comunidade. Globalmente, nenhum distrito apresentou performance muito boa ou excelente no que se refere à qualificação dos seus profissionais e mais uma vez, as diferenças só foram estatisticamente significantes quando comparado o distrito Barreiro ao Centro-Sul.

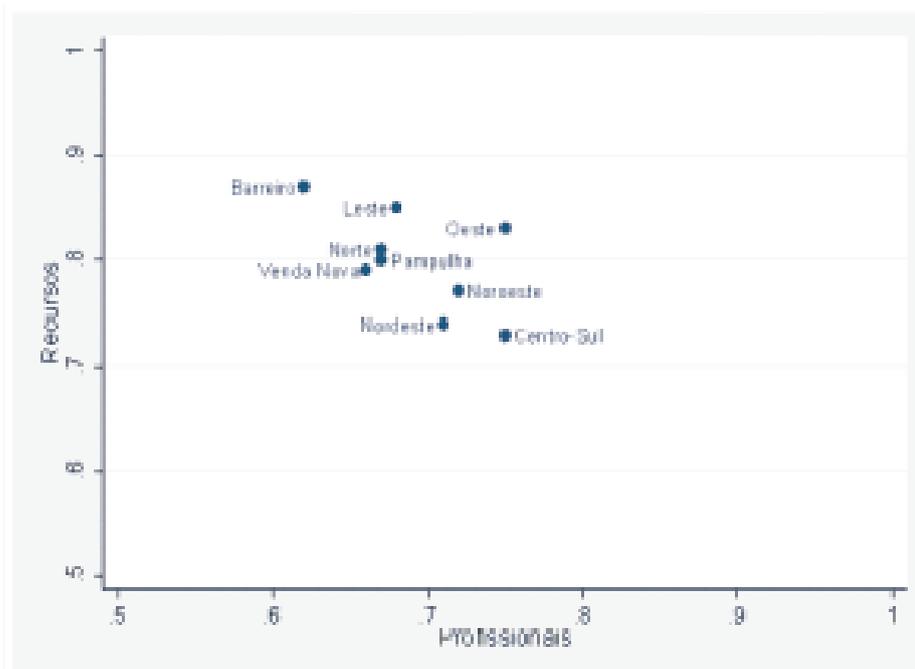
**Tabela 14** - Características dos profissionais das equipes de Saúde da Família, por distrito (Município de Belo Horizonte, 2010).

	Tempo da semana com médico	Médicos treinados em APS	Profissionais treinados em APS	Capacitação na cultura da comunidade	Escore
Centro sul	0,94	0,80	0,68	0,53	0,75
Oeste	0,89	0,81	0,69	0,53	0,75
Leste	0,75	0,80	0,73	0,44	0,68
Nordeste	0,89	0,68	0,77	0,49	0,71
Pampulha	0,77	0,72	0,71	0,39	0,67
Norte	0,88	0,68	0,67	0,42	0,67
Venda nova	0,84	0,64	0,73	0,39	0,66
Barreiro	0,87	0,48	0,67	0,38	0,62*
Noroeste	0,88	0,71	0,80	0,46	0,72
Total	0,86	0,69	0,72	0,44	0,69

\*Escore estatisticamente diferente do distrito Centro-Sul ( $p < 0,05$ )

A Figura 8 resume a situação relatada acima, posicionando os diversos distritos em relação aos recursos materiais e permanência e qualificação dos profissionais de saúde.

**Figura 8** - Relação entre recursos e profissionais, por distrito sanitário (Município de Belo Horizonte, 2010).



## IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A atenção primária à saúde, através da mensuração dos seus atributos e na visão dos profissionais de saúde e gestores, apresenta bom desempenho. O atributo do primeiro contato é o melhor avaliado, apresentando excelente performance. Os atributos da longitudinalidade e integralidade apresentaram desempenho muito bom com poucas áreas de aprimoramento, enquanto a coordenação foi bem avaliada, apresentando várias áreas para melhoria. O enfoque familiar e a orientação comunitária são áreas que necessitam maior desenvolvimento, apresentando desempenho apenas razoável. O acesso é o ponto de pior performance, necessitando de melhorias significativas.

Esse último item, o acesso, é extremamente importante para os serviços de atenção primária. O instrumento de avaliação utilizado tem como referência diversos pontos que ainda são típicos na organização da atenção primária brasileira como propiciar unidade básica de saúde aberta em horários ampliados e nos fins de semana. Esta é uma discussão que necessita aprofundamento, visto que devido ao quadro de pleno emprego no município de Belo Horizonte, é cada vez maior o contingente de pessoas com emprego formal e que tem dificuldade de ultrapassar as barreiras organizativas das unidades básicas de saúde, principalmente aquelas relacionadas ao horário de funcionamento e metodologias de agendamento de consultas.

Uma boa performance no atributo do primeiro contato indica que a APS exerce de forma intensa o papel de filtro na rede de serviços. Esse resultado pode ser reflexo das ações regulatórias amplamente difundidas no SUS e com histórico de boa implementação no município de Belo Horizonte.

As boas performances nos atributos da longitudinalidade e integralidade podem estar refletindo o processo de estabilização desse modelo assistencial no município, com poucos itens que necessitam melhoria. Além disto, podem ser reflexo do esforço de implantação de sistema de informação moderno e completo que possibilita o acompanhamento do usuário quando esse utiliza os serviços. Dentre ponto de melhoria apresenta-se o problema da informação sobre aquisição de medicamentos por parte dos usuários, que pode ser melhorado com o incentivo e direcionalidade à ação do ACS no acompanhamento e repasse dessa informação para a equipe.

O baixo desempenho das equipes em relação ao enfoque familiar e a orientação comunitária indica a necessidade de intensificar treinamentos nessas áreas e melhoria nos processos de trabalho de forma que essas características sejam estimuladas.

Os escores de recursos indicam a necessidade de melhoria estrutural das unidades, principalmente no que diz respeito à presença de equipamentos para o desempenho das atividades das equipes. A situação de capacitação dos recursos na prática da APS e na cultura da comunidade sugere áreas que podem ser trabalhadas com impacto no fortalecimento de outros aspectos da APS como orientação comunitária.

As pequenas, mas sistemáticas diferenças nas avaliações realizadas pelos gestores e profissionais demonstram uma maior exigência do último grupo em relação ao desempenho das equipes, bem como uma avaliação mais generosa por parte dos gestores. As diferenças nos escores entre os diversos distritos foram pequenas, sugerindo razoável uniformidade na qualidade dos serviços prestados e um bom desempenho global do sistema de saúde.

Ainda se faz necessário aprofundar o entendimento de como a diferente distribuição e qualidade dos recursos afeta de forma global o desempenho das equipes em relação aos atributos da APS, de toda forma, fica evidente que há enorme janela de oportunidades para futuras melhorias na atenção prestada.

## V. REFERÊNCIAS

1. Starfield, B., *Primary care: concept, evaluation and policy*. 1992, New York: Oxford University Press.
2. Palm, J., et al., *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. *Lancet*, 2011. 377(9779): p. 1778-97.
3. Portela, G.Z. and J.M. Ribeiro, *A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011. 16: p. 1719-1732.
4. Viana, A.L.d.Á., et al., *Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008. 24: p. 679-690.
5. Elias, P.E., et al., *Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006. 11: p. 633-641.
6. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.2002. ([ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_Projecoes\\_Populacao/Estimativas1980\\_2010](http://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas1980_2010)).
7. Turci, M.A., et al., *Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city*. *J Urban Health*, 2010. 87(6): p. 994-1006.
8. Lima-Costa, M.F., M.A. Turci, and J. Macinko, *Saúde dos Adultos em Belo Horizonte*. 2012, Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal de Minas Gerais. 121.
9. Prefeitura de Belo Horizonte, *Índice de Vulnerabilidade à Saúde IVS-2003*, Secretaria Municipal de Saúde.[www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/ivsco2003](http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/ivsco2003), 2003.
10. Mendonça, C.S., et al., *Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil*. *Health Policy Plan*, 2011.
11. Cassady, C.E., et al., *Measuring Consumer Experiences With Primary Care*. *Pediatrics*, 2000. 105(Supplement 3): p. 998-1003.
12. Shi, L., B. Starfield, and J. Xu, *Validating the Adult Primary Care Assessment Tool*. *J Fam Pract*, 2001. 50(2): p. 161-175.
13. Macinko, J., et al., *Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil*. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2004. 19(4): p. 303-317.
14. Ettner, S.L., *The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care*. *American Journal of Public Health*, 1996. 86(12): p. 1748-1754.
15. Starfield, B., L. Shi, and J. Macinko, *Contribution of primary care to health systems and health*. *Milbank Q*, 2005. 83(3): p. 457-502.

## VI. ANEXO: QUESTIONÁRIOS

### Questionário Sobre os Atributos da Atenção Primária em Saúde (para Equipes)

Estimamos que este questionário requer apenas 20-30 minutos para ser preenchido. Por favor, responda as perguntas da maneira mais completa possível evitando a opção "não sabe" o máximo que puder. Tente responder as perguntas baseando-se na sua opinião e experiência como profissional na área de atenção primária nesta equipe. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos, solicitamos que considere o período dos últimos 6 meses. Agradecemos a sua participação.

1.	Numero do questionário					
2.	Código da unidade					
3.	Código da equipe					
4.	Data de preenchimento					
5.	Número de anos que trabalha nesta equipe	_____anos				
		→ (1-3meses = .25 anos;4-6 meses = 0.5 anos; 7-9=0.75 anos; 10-12 = 1 ano)				
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
6.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a equipe teve uma adequada* oferta de medicamentos essenciais?	1	2	3	4	50
7.	Durante os últimos seis meses, com que frequência a equipe teve adequado*equipamento básico e estoque para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	50
	* Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários que procuram esta equipe.					
8.	A população adscrita pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	50
9.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?	1	2	3	4	50
10.	A unidade fica aberta pelo menos um dia na semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	50
11.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas?	1	2	3	4	50
12.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para pedir informações?	1	2	3	4	50
13.	Quando a unidade está fechada, existe um número de telefone para pedir informações?	1	2	3	4	50

14.	Normalmente, o usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	59
15.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta na unidade de atenção básica antes que um usuário busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	59
16.	Em geral os usuários são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	59
17.	A equipe tem sua população cadastrada?	1	2	3	4	59
18.	Se o usuário tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	59
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESF, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
19.	Acha que, na sua equipe, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	59
20.	Os profissionais de saúde da sua equipe normalmente utilizam o prontuário do usuário em cada consulta?	1	2	3	4	59
21.	Geralmente os profissionais de saúde conseguem obter informações sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário na hora do atendimento?	1	2	3	4	59
22.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	59
	Em que medida a sua unidade de atenção básica oferece os seguintes serviços?	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
23.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	59
24.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	59
25.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	59
26.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	59
27.	Controle pré-natal	1	2	3	4	59
28.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	59
29.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	59
30.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	59
31.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	59
32.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	59
33.	Tratamento/controle de asma	1	2	3	4	59
34.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	59
35.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	59
36.	Tratamento/controle de DPOC	1	2	3	4	59
37.	Atendimento de casos agudos	1	2	3	4	59
38.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	59

39.	Frequenas cirurgias	1	2	3	4	50
40.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	50
41.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	50
42.	Educação em nutrição	1	2	3	4	50
43.	Educação em saúde	1	2	3	4	50
44.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	50
45.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	50
46.	Educação preventiva em saúde bucal	1	2	3	4	50
47.	Assistência odontológica preventiva	1	2	3	4	50
48.	Assistência odontológica curativa	1	2	3	4	50
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESE, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
49.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados acima?	1	2	3	4	50
50.	Nessa equipe os profissionais de saúde seguem os protocolos clínicos?	1	2	3	4	50
51.	Nessa equipe, os profissionais de saúde se sentem seguros para responder aos problemas da população idosa?	1	2	3	4	50
52.	Para as crianças atendidas, existe um registro obrigatório na unidade?	1	2	3	4	50
53.	Todos os usuários têm em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	50
54.	Para todas as grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal na unidade?	1	2	3	4	50
55.	Todas as grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e exames?	1	2	3	4	50
56.	Com que frequência os profissionais de saúde na sua equipe utilizam as normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	50
57.	Quando um usuário precisa ser referido a outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou explicam os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	50
58.	Quando os pacientes são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	50
59.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	50
60.	Após a utilização do serviço para o qual foi referenciado, a equipe conversa com o usuário sobre o que ocorreu nesse atendimento?	1	2	3	4	50
61.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	50

62.	A consulta de retorno do usuário para saber os resultados dos exames é feita pela equipe que solicitou?	1	2	3	4	50
63.	O usuário é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	50
64.	Existe regulação local periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	50
65.	Se solicitado ou necessário, é permitido aos usuários terem acesso aos seus prontuários médicos?	1	2	3	4	50
66.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário?	1	2	3	4	50
67.	Existe auditoria dos prontuários médicos?	1	2	3	4	50
68.	Os prontuários médicos são organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	50
	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESB, marcando a resposta mais adequada.	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
69.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	50
70.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	50
71.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	50
	Com que frequência a sua equipe de atenção básica:	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Não sabe
72.	Realiza enquetes de usuários para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	50
73.	Realiza enquetes de usuários para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	50
74.	Tem representantes da comunidade participando na gestão da unidade ou nos conselhos locais de saúde?	1	2	3	4	50
75.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	50
76.	Oferece serviços domiciliares curativos?	1	2	3	4	50
77.	Realiza visitas domiciliares regulares?	1	2	3	4	50
78.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersectoriais?	1	2	3	4	50
79.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	50

	Responda segundo suas experiências trabalhando nesta ESBF, marcando a proporção mais adequada.	0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	Não sabe
80.	Que porcentagem da semana a equipe conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	99
81.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico em saúde da família?	1	2	3	4	99
82.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico em saúde da família?	1	2	3	4	99
83.	Que porcentagem da equipe foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, etc.)	1	2	3	4	99
84.	Em sua opinião, que porcentagem dos usuários recomendaria os serviços da equipe para um amigo ou parente?	1	2	3	4	99
85.	Em sua opinião, que porcentagem dos usuários procura a equipe antes de ir a outro serviço, cada vez que tem um novo problema de saúde?	1	2	3	4	99

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – Carta aprovação Cadernos de Saúde Pública**

**CSP****CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**  
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

**CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE**  
**PÚBLICA**  
**SERGIO AROUCA**  
**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
 Rua Leopoldo Bulhões 1480  
 21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
 Telefone: (+55-21) 2598-2511  
 Telefax: (+55-21) 2598-2737  
 cademos@fiocruz.br  
 http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Rio de Janeiro, 02 de março de 2015.

Ilma Sra. Maria Aparecida Turci:

Em nome do Conselho Editorial de **Cadernos de Saúde Pública**, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Maria Fernanda Lima-Costa & James Macinko, intitulado "A Influência De Fatores Estruturais E Organizacionais No Desempenho Da Atenção Primária À Saúde Em Belo Horizonte Na Avaliação De Gestores E Enfermeiros" foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,



**EDITORAS**  
EDITORS  
Marília Sá Carvalho  
Claudia Travassos  
Cláudia Medina Coeli

**EDITORES ASSOCIADOS**  
ASSOCIATE EDITORS  
Paulo Marchionni Buss  
Maria Cristina Marino Calvo  
Suely F. Deslandes  
Bernardo Lessa Horta  
Jorge Alberto Bernstein Iriart  
Gilberto Kac  
Ligia Kiss  
Claudia de Souza Lopes  
Mônica Silva Martins  
Enirtes Caetano Prates Melo  
Jorge Mota  
Hillegonda Maria Dutilh Novaes  
João Arriscado Nunes  
Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro  
Iná S. Santos  
Ricardo Ventura Santos  
Mário Scheffer  
Antônio Augusto Moura da Silva  
Carlos Eduardo Siqueira  
Reinaldo Souza-Santos  
Maria Amelia de Sousa Mascena Veras  
Ligia Maria Vieira da Silva  
Guilherme Loureiro Wernick

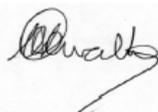
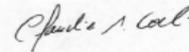
**EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO**  
REVIEW EDITOR  
Edison Iglesias de Oliveira Vidal

**EDITORES DE QUESTÕES**  
METODOLÓGICAS  
METHODOLOGICAL ISSUES EDITORS  
Antonio Guilherme Pacheco  
Michael Reichenheim

**EDITORA DE RESENHAS**  
BOOK REVIEW EDITOR  
Martha Cristina Nunes Moreira

**EDITORES ASSISTENTES**  
ASSISTANT EDITORS  
Leandro Carvalho  
Marcia Pietrukowicz  
Carolina Ribeiro

**EDITORA ADMINISTRATIVA**  
ADMINISTRATIVE EDITOR  
**CARLA ALVES**

Marília Sá Carvalho  
EditoraClaudia Travassos  
EditoraCláudia Medina Coeli  
Editora

**ANEXO 2 – Artigo**

Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 31(9):1941-1952, set, 2015.

## Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros

The influence of structural and organizational factors on the performance of primary health care in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, according to nurses and managers

La influencia de factores de desempeño estructural y organizacional en la evaluación de gestores y enfermeras en el ámbito de la atención primaria a la salud en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Maria Aparecida Turci<sup>1</sup>  
 Maria Fernanda Lima-Costa<sup>2</sup>  
 James Macintyre<sup>3</sup>

### Abstract

*The aim of this study was to evaluate the performance of primary health care (PHC) in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, using the Portuguese-language version of the Primary Health Care Assessment Tool among nurses and managers of family health teams. Total PHC score was 0.75 (good). The dimensions first contact (0.95), longitudinality (0.83), comprehensiveness (0.83), and coordination (0.78) performed the best. Family approach, community orientation, and access received the lowest scores (0.68, 0.56, and 0.45, respectively). Better PHC performance was associated with the following factors ( $p < 0.05$ ): availability of health care equipment and other inputs (adjusted PR = 1.57), education and training for family health teams (PR = 1.44), a physician on duty for more than 30 hours per week (PR = 1.42), and presence of four or more teams per primary care unit (PR = 1.09). The results show the importance of structural and organizational factors for PHC performance and suggest that permanent evaluation can identify aspects that require quality improvement.*

*Health Services Evaluation; Primary Health Care; Family Health; Quality of Health Care*

### Resumo

*O objetivo do trabalho foi avaliar o desempenho da atenção primária à saúde (APS) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, utilizando o questionário PCATool entre enfermeiros das equipes de saúde da família egerentes. O escore total da APS foi 0,75 (bom); o primeiro contato (0,95), a longitudinalidade (0,83), a integralidade (0,83) e a coordenação (0,78) apresentaram melhor desempenho. O enfoque familiar, a orientação comunitária e o acesso receberam as piores pontuações (0,68, 0,56 e 0,45). Os fatores associados ( $p < 0,05$ ) à melhor performance da APS foram: disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP ajustada = 1,57), formação dos profissionais em saúde da família (RP = 1,44), presença do médico por mais de 30 horas semanais (RP = 1,42) e quatro ou mais equipes por unidade básica de saúde (RP = 1,09). Os resultados revelaram a importância de fatores estruturais (sistemas logísticos adequados, formação da equipe em saúde da família) e organizacionais (médico em tempo integral, número de equipes da Estratégia Saúde da Família por unidades básicas de saúde) na performance da APS e na melhoria da qualidade.*

*Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Qualidade da Assistência à Saúde*

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>2</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Intervenções, Fundação Getúlio Vargas/ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>3</sup> Department of Nutrition, Food Studies, and Public Health, New York University, New York, U.S.A.

#### Correspondência:

M. A. Turci  
 Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Rua Expedito Vicente Azeiteiro 41, Belo Horizonte, MG 31730-030, Brasil.  
 mariaturci@gmail.com

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde e local do cuidado contínuo e integral ao indivíduo no contexto da família e da comunidade<sup>1</sup>. Trata-se de uma estratégia para organizar os Sistemas de Saúde, visando o acesso universal e sua maior efetividade<sup>2</sup>. No Brasil, a expansão da APS vem ocorrendo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) desde sua implantação em 1994<sup>3</sup>. Investigações têm mostrado que essa estratégia é efetiva para reduzir a mortalidade infantil<sup>4,5</sup>, as hospitalizações por condições sensíveis à APS<sup>6,7,8,9</sup> e as interrupções na utilização dos serviços<sup>10,11</sup>.

Starfield<sup>12</sup> define que a APS possui cinco atributos nucleares: o acesso, o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O enfoque familiar, a orientação comunitária e a competência cultural são considerados atributos derivados. Essas características contempladas são exclusivas da APS.

Na última década, estudos foram conduzidos no Brasil para avaliar o desempenho da APS. Tanto os resultados de estudos conduzidos entre usuários<sup>13,14</sup> e profissionais de saúde<sup>15</sup> quanto estudos epidemiológicos de base populacional<sup>16,17,18</sup> mostraram melhor desempenho da ESF em comparação à assistência ambulatorial tradicional no que se refere aos atributos citados. Por outro lado, existem poucas investigações examinando características organizacionais dos serviços de saúde associadas ao desempenho da APS no Brasil. Investigações conduzidas entre médicos e enfermeiros das equipes das ESF nos municípios de Porto Alegre, Rio Grande do Sul<sup>19</sup> e de Curitiba, Paraná<sup>20</sup> mostraram associação positiva entre a formação em medicina de família e/ou enfermagem comunitária e o bom desempenho dessa estratégia na avaliação desses profissionais. Na literatura consultada, não encontramos estudos examinando a influência da infraestrutura e dos fatores organizacionais no desempenho da APS em nosso meio.

O presente trabalho foi conduzido no Município de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil) com o objetivo geral de avaliar o desempenho da APS, por meio dos seus atributos, na opinião de gestores e profissionais de saúde. O segundo objetivo foi examinar a influência das características estruturais (disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos e treinamento dos profissionais) e organizacionais (número de equipes da ESF por unidade básica de saúde – UBS –, tempo do médico na equipe) nesse desempenho.

## Metodologia

### Área de estudo

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, possui cerca de 2,4 milhões de habitantes e uma área de 331km<sup>2</sup>. O município é dividido em nove regiões sanitárias (distritos) que correspondem à organização administrativo-assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Os distritos sanitários possuem números variados de UBS, proporcionais ao tamanho de sua população. Em 2010, o município possuía 147 UBS, cada uma administrada por um gerente. Cada UBS possuía uma ou mais equipes da ESF totalizando 538 equipes. A ESF foi implantada no município no ano de 2003. Em 2010, essa estratégia cobria 75% da população do município. Mais detalhes acerca da divisão administrativa, da distribuição espacial das UBS e dos critérios que orientaram a implantação da ESF no município de Belo Horizonte podem ser vistos em publicação anterior<sup>20</sup>.

### Participantes do estudo

Para o presente trabalho, foram selecionados todos os 147 gerentes das UBS e o enfermeiro de cada uma das 538 equipes da ESF. A escolha do enfermeiro como representante da respectiva equipe foi determinada em função da sua atribuição de coordenar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e de supervisionar os técnicos de enfermagem<sup>21</sup>, assumindo-se que esse profissional tem maior familiaridade com o processo de atenção em saúde da sua equipe.

Os questionários foram entregues aos participantes em seminário. Após o preenchimento, todos os questionários foram lacrados e rubricados pelo próprio respondente. Todos os informantes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados foi realizada entre agosto e outubro de 2010. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH – CAAE 0032.0.410.245-10).

### Instrumento

O questionário PCATool (*Primary Health Care Assessment Tool*) foi desenvolvido para avaliação da qualidade e da adequação da APS por meio dos seus atributos, tendo sido previamente validado em diferentes países<sup>22,23,24,25,26</sup>, incluindo o Brasil<sup>27,28</sup>. Esse instrumento possui versões para gestores, profissionais e usuários de serviços de saúde. Nesse trabalho foi utilizada sua versão em português validada no Brasil<sup>27</sup> com pequenas adaptações testadas em estudos posteriores<sup>13,29</sup>.

As perguntas que compuseram o questionário do presente estudo constam da Tabela 1.

As informações obtidas junto aos gestores referiram-se à UBS e às equipes da ESF sob sua direção. As informações obtidas junto aos enfermeiros referiram-se à equipe da ESF na qual atuavam. A estratégia de usar dois grupos de respondentes foi adotada para capturar mais informações sobre o desempenho dos serviços, verificar possíveis variações nas avaliações entre eles e/ou inconsistências nos resultados.

### **Atributos da atenção primária à saúde**

A mensuração de cada atributo foi feita por um conjunto de itens que constam da Tabela 1. Apesar de ser um dos atributos da APS, a competência cultural não foi avaliada, pois as questões relativas a essa dimensão não se mostraram representativas do atributo nas validações brasileiras<sup>27,28</sup>.

### **Características estruturais e organizacionais**

As características estruturais consideradas foram: a existência de equipamentos e insumos na UBS para o desempenho das funções nos últimos 6 meses; o suprimento adequado de medicamentos essenciais nos últimos 6 meses e pelo menos 50% dos profissionais da ESF treinados em saúde da família. Os fatores organizacionais considerados foram: presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (30 horas semanais) e o número de equipes da ESF por unidade. Questões relativas a essas variáveis foram agregadas ao questionário PCATool e também respondidas pelos entrevistados.

### **Análise dos dados**

As perguntas do questionário possuíam respostas dentro de duas escalas. Uma escala tipo Likert de quatro categorias: nunca, algumas vezes, muitas vezes e sempre e outra com as categorias: 0%-24%, 25%-49%, 50%-74% e 75%-100%. As categorias nunca e algumas vezes, foram categorizadas como 0, como previamente recomendado<sup>27,28</sup>. Categorização semelhante foi feita para os valores percentuais 0%-24% e 25%-49%, também como previamente recomendado<sup>27,28</sup>. O escore de cada atributo foi definido pela soma da das respostas de seus componentes, dividido pelo total de entrevistados. O escore total da APS foi considerado como a média dos escores dos 7 atributos. Os escores são apresentados em forma de médias que variam de 0 a 1 e IC95% (intervalo de 95% de confiança), estimadas pela regressão linear. Como se supõe que a presença de várias equipes da ESF na mesma UBS exerce

grande influência em suas características, foi realizado ajuste no modelo para reduzir o efeito de tal agregação. O mesmo procedimento se repetiu na análise multivariada. Essas análises foram realizadas com utilização dos comandos escritos pelo menu *use (cluster cluster)* do Stata 12 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Foram calculados escores totais e também os escores separados para gerentes e profissionais. Além de identificar possíveis discordâncias entre os dois grupos, essa medida foi agregada para verificar a consistência interna das respostas. O índice  $\alpha$  de Cronbach de 0,83 mostrou adequadas a confiabilidade e a consistência interna do instrumento utilizado na pesquisa.

Na análise univariada das características estruturais e organizacionais, as equipes de ESF foram estratificadas entre aquelas que apresentavam escore total da APS iguais ou superiores à mediana ( $> 0,77$ ) e inferiores a esse valor. Dessa forma, para fins de interpretação, consideraram-se as primeiras com alto desempenho na APS e, conseqüentemente, as demais com baixo desempenho na APS.

A análise multivariada dos fatores associados ao desempenho da APS baseou-se em razões de prevalência e IC95% estimados por meio da regressão binomial negativa com variância robusta, controlando a agregação das equipes nas UBS. A regressão binomial negativa foi a opção de escolha ao invés da regressão logística, dada a concentração das médias nas notas mais altas ( $> 0,60$ ). Verificou-se a contribuição de cada variável ao modelo final pela significância estatística e a adequação do modelo aninhado pelo cálculo da razão de verossimilhança. A presença de multicolinearidade foi avaliada por meio do VIF (*variance inflation factor*), observando-se com valores aceitáveis para os escores de todos os atributos.

Conforme mencionado, todas as análises foram realizadas com uso do software Stata.

### **Resultados**

Do total de enfermeiros e gerentes elegíveis, 463 (86,3%) e 138 (97%) participaram da pesquisa, respectivamente. As razões de não participação foram férias e licenças médicas; somente um profissional se recusou a responder ao questionário.

Na Tabela 2, estão apresentados os escores dos atributos da APS, segundo o respondente. O escore total da APS foi de 0,75, variando entre 0,75 entre os enfermeiros e 0,78 entre os gestores ( $p < 0,01$ ). O atributo melhor pontuado foi o primeiro contato (0,95), seguido pela longitudinalidade e a integralidade (0,83 para ambos),

Tabela 1

Definição operacional dos atributos da atenção primária à saúde (APS) <sup>1</sup>.

Atributo	Item de verificação no PCATool
Acesso: compreende a localização da unidade de saúde próxima à população, os horários e dias de funcionamento, a abertura para consultas não agendadas e a conveniência para os usuários.	Obtenção de consultas não urgentes em 24 horas; Funcionamento da unidade até às 18 horas de semana; Funcionamento da unidade até às 18 horas pelo menos um dia da semana; Marcação de consultas por telefone durante o horário de funcionamento da unidade; Disponibilidade de telefone para informações durante o horário de funcionamento da unidade; Telefone para informações quando a unidade está fechada; Espera de mais de 30 minutos para obter atendimento por profissional de saúde.
Primeiro contato: considera a busca da APS a cada novo problema de saúde, exceto em urgências.	Obrigatoriedade da consulta na unidade básica antes da busca por outro nível de atenção (exceto em emergências); Proporção dos usuários que, em geral, procuram a UBS antes da busca por outro serviço a cada novo problema de saúde.
Longitudinalidade: compreende a existência de fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo.	Usuário ser examinado pelo mesmo profissional em diferentes consultas; Equipe ter sua população cadastrada; Em caso de dúvida sobre o tratamento, o usuário poder falar com o mesmo profissional que o atendeu; Os profissionais darem tempo suficiente para que o usuário esclareça suas dúvidas; Os profissionais usarem o prontuário em todas as consultas; Os profissionais terem informações sobre os medicamentos em uso pelo usuário durante o atendimento; Os profissionais serem informados se o usuário não consegue obter ou comprar o(s) medicamento(s) prescrito(s).
Integralidade: elenco de serviços oferecidos.	Vacinação de crianças; Atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos; Controle pré-natal, planejamento familiar, atendimento de doenças sexualmente transmissíveis; Controle da tuberculose; controle e tratamento de doenças endêmicas e epidêmicas; Tratamento e controle de asma, diabetes, hipertensão arterial e doença pulmonar obstrutiva crônica; Atendimento de casos agudos; Tratamentos de pequenas feridas; Frequente cirurgia; Aconselhamento sobre uso de álcool e tabaco; Acompanhamento de saúde mental e nutrição; Educação em saúde, incluindo violência e acidentes domésticos; Prevenção em saúde bucal; Assistência odontológica preventiva e curativa; Disponibilidade de protocolos de atendimento e seguimento desses protocolos; Segurança para abordar os problemas de saúde dos idosos.
Coordenação: continuidade do cuidado e encaminhamento e acompanhamento do usuário quando necessita de serviços especializados.	Existência de registros obrigatórios das crianças atendidas; Disponibilização para o usuário dos registros das imunizações e do monitoramento do crescimento das crianças; Disponibilização à gestante dos registros do controle pré-natal; Uso de normas para referência e contra-referência; Discussão com o usuário acerca de locais para atendimento quando o encaminhamento é necessário; Fornecimento ao usuário de informações escritas para entregar ao serviço referido e vice-versa; conversa com o usuário sobre o que ocorreu no atendimento no serviço de referência; Acesso aos resultados dos exames laboratoriais; consulta de retorno – com a mesma equipe – após realização dos exames laboratoriais; Informações sobre agendamento nos serviços de referência; assistência de regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência; Disponibilidade do prontuário quando solicitado pelo médico; Existência de auditoria médica dos prontuários.

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Atributo	Item de verificação no PCAtool
Enfoque familiar: consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como a identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar.	Existência de prontuários médicos organizados por família; Solicitação de informações sobre outros membros da família; Conversa com a família sobre o problema de saúde do usuário, fatores de risco social ou condições de vida; Recomendação pelo usuário dos serviços para amigos ou parentes.
Orientação comunitária: reconhecimento do contexto social.	Realização de enquetes para avaliar as necessidades de saúde da população; Realização de enquetes para identificar os principais problemas de saúde; Representação de membros da comunidade na gestão da unidade; Existência de serviço de saúde nas escolas da área de abrangência; Realização de serviços curativos domiciliares; Realização de visitas domiciliares regulares; Realização de ações intersetoriais por parte da equipe da ESF com outras organizações ou grupos da comunidade; Autonomia da equipe da ESF para reorganizar a oferta de serviços conforme os problemas da comunidade.

ESF: Estratégia Saúde da Família; PCAtool: Primary Health Care Assessment Tool; UBS: unidades básicas de saúde.

\* Adaptado de Macinko et al. <sup>21</sup>.

Tabela 2

Escore dos atributos da APS, segundo o respondente. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Atributo	Total (n = 401)		Enfermeiros (n = 463)		Gestores (n = 138)		Valor de p *
	Escore *	IC95%	Escore *	IC95%	Escore <sup>†</sup>	IC95%	
Primeiro contato	0,95	0,94-0,97	0,95	0,94-0,97	0,96	0,94-0,98	0,515
Acesso	0,45	0,43-0,46	0,45	0,43-0,47	0,46	0,44-0,49	0,273
Longitudinalidade	0,83	0,81-0,85	0,83	0,81-0,85	0,89	0,87-0,91	0,000
Integralidade	0,83	0,82-0,84	0,83	0,82-0,84	0,85	0,84-0,87	0,005
Coordenação	0,78	0,77-0,79	0,78	0,77-0,79	0,79	0,77-0,80	0,401
Enfoque familiar	0,68	0,66-0,71	0,68	0,66-0,71	0,75	0,71-0,78	0,000
Orientação comunitária	0,56	0,54-0,59	0,56	0,54-0,57	0,65	0,62-0,68	0,000
Escore total da APS	0,75	0,74-0,76	0,75	0,74-0,76	0,78	0,77-0,79	0,000

APS: atenção primária à saúde; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

\* Valor de p: teste t para diferença entre as médias dos enfermeiros e gestores;

\*\* Os resultados estão apresentados em médias e IC95% calculadas por meio de regressão linear controlando a agregação das equipes de saúde da família por unidade básica de saúde.

coordenação (0,78), enfoque familiar (0,68), orientação comunitária (0,56) e acesso (0,45). Os atributos de longitudinalidade, da integralidade, do enfoque familiar e da orientação comunitária foram mais bem avaliados entre os gestores do que entre os enfermeiros ( $p < 0,05$ ). Os escores dos demais atributos não diferiram entre os dois grupos.

Na Tabela 3, está apresentada a distribuição percentual das características de estrutura das UBS e da organização das equipes da ESF, segundo o escore total dos atributos da APS. A maior

parte das unidades básicas possuía quatro ou mais equipes da ESF (62,1%). Globalmente, na avaliação de gestores e enfermeiros, 89,3% das unidades básicas possuíam suprimento adequado de medicamentos, 71,1% possuíam equipamentos e insumos adequados às suas funções, 85,9% contavam com um médico pelo menos 30 horas por semana e 79,9% das equipes possuíam pelo menos a metade dos profissionais com treinamento em saúde da família. Todos esses fatores apresentaram associações estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) com o desempenho da APS.

Tabela 3

Distribuição das características de estrutura e dos fatores organizacionais, segundo o desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Características das ESF	Total	Baixo desempenho (inferior à mediana) (%)	Escore total Alto desempenho (igual ou superior à mediana) (%)	Valor de p **
	[N = 594] *			
Unidade básica de saúde com 4 ou mais equipes de saúde da família (%)	62,1	57,5	66,4	0,024
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na unidade de saúde (vs. nunca/algumas vezes)	87,3	86,6	91,8	0,040
Presença de equipamentos e insumos na unidade de saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. nunca/algumas vezes)	71,1	61,4	80,4	0,000
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	85,9	81,6	90,1	0,030
50% ou mais dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	79,9	73,8	85,7	0,000
<b>Total</b>		<b>48,9</b>	<b>50,9</b>	

\* Total de enfermeiros e gerentes com respostas presentes para todas as perguntas.

\*\* Valor de p teste  $\chi^2$  de Pearson para diferenças entre frequências de escores superiores e inferiores à mediana do escore total da APS.

Os resultados da análise multivariada das associações entre características de estrutura das UBS e da organização das equipes da ESF e o total dos atributos da APS estão apresentados na Figura 1. Com exceção do suprimento adequado de medicamentos, todas as características analisadas apresentaram associações positivas e estatisticamente significativas com o alto desempenho da APS. A associação mais forte foi com a disponibilidade de equipamentos e outros insumos (RP = 1,57; IC95%: 1,27-1,95), seguida pela formação dos profissionais da equipe em saúde da família (RP = 1,44; IC95%: 1,09-1,91), pela presença do médico por período superior a 30 horas semanais (RP = 1,42; IC95%: 1,05-1,92), e pelo número de equipes da ESF por unidade básica de saúde (RP = 1,08; IC95%: 1,02-1,06).

A Tabela 4 apresenta os resultados finais da análise multivariada dos fatores estruturais e organizacionais associados ao escore de cada atributo da APS. O número de equipes da ESF por UBS apresentou associação positiva e estatisticamente significativa com os atributos da coordenação (RP = 1,07; IC95%: 1,01-1,14) e enfoque familiar (RP = 1,08; IC95%: 1,02-1,15). O suprimento adequado de medicamentos apresentou associação positiva com a longitudinalidade (RP = 1,28; IC95%: 1,01-1,63). A disponibilidade de equipamentos básicos e insumos apresentou-se positivamente associada à integralidade (RP =

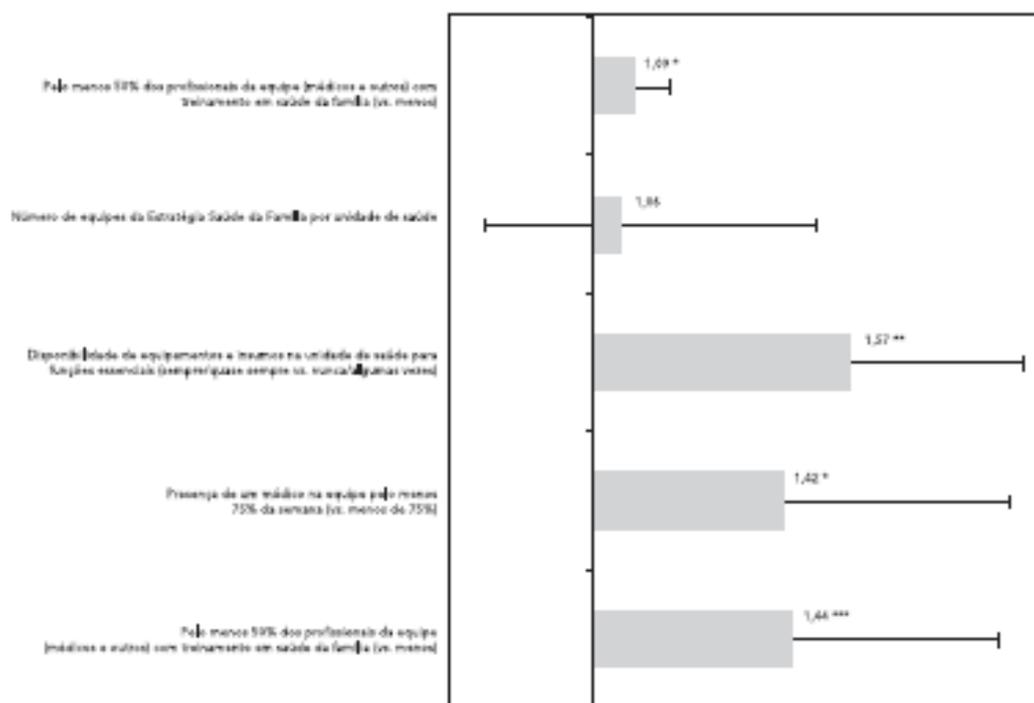
1,23; IC95%: 1,08-1,39) e à coordenação (RP = 1,30; IC95%: 1,11-1,53). A presença do médico por período superior a 30 horas semanais mostrou forte associação com a longitudinalidade (RP = 1,47; IC95%: 1,16-1,85), a coordenação (RP = 1,28; IC95%: 1,03-1,59) e o enfoque familiar (RP = 1,37; IC95%: 1,06-1,78). A formação de pelo menos 50% dos membros da equipe (médico e outros profissionais) em saúde da família mostrou associação positiva com a integralidade (RP = 1,33; IC95%: 1,10-1,59) e a coordenação (RP = 1,32; IC95%: 1,08-1,62). Nenhuma das características investigadas apresentou associação independente com os atributos do primeiro contato e do acesso.

## Discussão

Este trabalho mostra que os atributos da APS em Belo Horizonte apresentam bom desempenho na avaliação dos profissionais e gestores envolvidos com a ESF. Entretanto, existe heterogeneidade nessa avaliação, com melhor avaliação do primeiro contato, longitudinalidade e integralidade, e pior avaliação do acesso e orientação comunitária. Por fim, as características estruturais das UBS e da organização das equipes da ESF influenciam esse desempenho.

Figura 1

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.



\*  $p < 0,05$ ;

\*\*  $p < 0,01$ ;

\*\*\*  $p < 0,000$ .

Boas avaliações da APS, utilizando metodologia semelhante, foram observadas em municípios brasileiros <sup>13,15,19,20,21</sup>. Porém, quando verificado o desempenho dos atributos destacadamente, os resultados deste trabalho diferem dos realizados em São Paulo, onde a coordenação e a integralidade receberam maiores pontuações <sup>13</sup> e de Porto Alegre <sup>15</sup>, com maior pontuação no enfoque familiar. Tais resultados demonstram como o desempenho dos atributos da APS podem variar mesmo entre municípios com características sociodemográficas semelhantes, identificando oportunidades de melhoria da APS.

Sabe-se que um dos pontos mais elementares em avaliações de qualidade da APS é a presença de estrutura <sup>22</sup>. Em levantamento nacio-

nal, Barbosa et al. <sup>23</sup> encontraram que 85% das equipes possuíam equipamentos básicos em 2008 e 81% em 2001 <sup>24</sup>; e a proporção de equipes com equipamento gineco-obstétrico básico, que já era baixa em 2001 (62%), diminuiu para 59% em 2008. A proporção de médicos que atuava 40 horas semanais foi reduzida de 64% em 2001 para 62% em 2008, demonstrando um afastamento do padrão da ESF. Portanto, são necessários investimentos sustentados para que a APS alcance o padrão necessário para desempenhar seu papel na rede assistencial e o preparo da equipe para a atuação na APS <sup>25</sup>. Barbosa et al. <sup>23</sup> mostram ainda que em 2001, 70% das equipes da ESF atuavam em UBS com apenas uma equipe, proporção ampliada para 75% em 2008.

Tabela 4

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho dos atributos da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.

Características da equipe	Primeiro contato	Acesso	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação	Enfoque familiar	Orientação comunitária
	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *	RP (IC95%) *
Número de equipes da Estratégia Saúde da Família por unidade de saúde	0,97 (0,97-1,02)	0,86 (0,59-1,25)	1,0 (0,97-1,04)	1,02 (0,98-1,14)	1,07 (1,01-1,14) *	1,08 (1,02-1,15) **	1,16 (0,97-1,38)
Suprimento adequado (sempre/quase sempre) de medicamentos nos últimos 6 meses na unidade de saúde (vs. nunca/algumas vezes)	0,98 (0,89-1,08)	0,83 (0,21-3,22)	1,28 (1,01-1,63) *	0,96 (0,82-1,142)	0,99 (0,78-1,25)	1,15 (0,87-1,53)	0,8 (0,28-1,89)
Presença de equipamentos e insumos na unidade de saúde para funções essenciais (sempre/quase sempre vs. nunca/algumas vezes)	1,04 (0,96-1,13)	1,43 (0,50-4,06)	1,16 (1,00-1,35)	1,2 (1,08-1,39) **	1,30 (1,11-1,53) **	1,10 (0,93-1,30)	1,28 (0,75-2,18)
Presença de um médico na equipe pelo menos 75% da semana (vs. menos de 75%)	1,05 (0,97-1,13)	0,74 (0,21-2,63)	1,47 (1,16-1,85) **	1,09 (0,93-1,28)	1,28 (1,03-1,59) *	1,37 (1,06-1,78) *	1,09 (0,62-1,90)
Pelo menos 50% dos profissionais da equipe (médicos e outros) possui treinamento em saúde da família (vs. menos)	0,97 (0,91-1,02)	1,88 (0,42-8,47)	1,13 (0,96-1,32)	1,33 (1,10-1,59) *	1,32 (1,08-1,62) **	1,15 (0,92-1,42)	1,36 (0,71-2,62)

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

\* RP e IC95% ajustados pela regressão binomial negativa, simultaneamente por todas as variáveis listadas na tabela, assim como pelo distrito sanitário e pelo respondente (essa análise foi baseada em 594 entrevistados – total de enfermeiros + gerentes com respostas presentes para todas as perguntas).

À época, essa era uma situação desejável pela proximidade geográfica da equipe com a comunidade. Já em grandes centros urbanos, onde há adensamento populacional, o compartilhamento da UBS com mais equipes pode significar ganhos adicionais.

O primeiro contato é o atributo que coloca a APS como a porta de entrada do sistema de saúde, com função de *gate keeping*, evitando a realização de exames e tratamentos desnecessários <sup>26</sup>. Em Belo Horizonte, esse atributo recebeu alta pontuação. Na análise multivariada, não houve fatores associados a esse atributo, sugerindo que seu desempenho deve-se a outros que não os estudados, provavelmente devido à consolidação das políticas de regulação do SUS que controlam o acesso direto do usuário à atenção especializada <sup>27</sup>. Outro estudo realizado nesse município identificou que os usuários diminuíram a procura por serviços hospitalares,

especializados e de urgência após a implantação da ESF <sup>28</sup>.

O acesso propicia atenção oportuna para identificar e resolver os problemas dos pacientes, reduzindo a morbimortalidade. A dificuldade de acesso se configura como um dos principais problemas dos sistemas de saúde <sup>29,40</sup>. Neste estudo, o acesso foi o atributo melhor avaliado. Essa avaliação negativa pode ser explicada pelas características organizacionais locais, em que as UBS funcionam apenas nos dias úteis e em horário comercial <sup>10</sup>. Também não são ofertadas formas mais ágeis de marcação de consultas ou de obtenção de informações por telefone e/ou Internet <sup>41</sup>.

A longitudinalidade está associada à maior familiaridade com o paciente, melhor identificação de problemas de saúde, realizações mais frequentes de exames preventivos <sup>42</sup> e à satisfação do paciente <sup>43</sup>. Esse atributo foi bem

avaliado neste estudo, com dois fatores associados: presença do médico por mais de 30 horas semanais e a disponibilidade de medicamentos. Estudo canadense mostrou que a principal característica da prática médica a influenciar a longitudinalidade foi o número de pacientes atendidos/hora, que quando superior a 3,4 traz prejuízo<sup>44</sup>. Quanto menor o tempo do médico na UBS, maior será a pressão da demanda por atendimentos e, conseqüentemente, maior o número de atendimentos por hora, portanto a presença do médico por mais tempo propicia a longitudinalidade. Esse foi o único atributo sensível à disponibilidade de medicamentos. Uma explicação é a existência de outras fontes de suprimento, sobretudo a farmácia popular. Em Belo Horizonte, quebras para a obtenção de medicamentos diminuíram pela metade entre 2003 e 2010, refletindo a melhora desse acesso no período<sup>45</sup>.

A integralidade reflete a capacidade da APS de realizar ações que atendam às necessidades de saúde da comunidade. Ela está associada à qualidade, eficiência, equidade e redução da morbidade<sup>46</sup>. Neste trabalho, a disponibilidade de equipamentos e outros insumos na UBS e a formação da equipe em ESF apresentaram associações independentes desse atributo, confirmando resultados de trabalhos anteriores<sup>47</sup>. Estudo de revisão comprova a importância da presença do enfermeiro para a integralidade<sup>48</sup>. Essa é uma característica da estratégia brasileira para a organização da APS.

A coordenação facilita o acesso do paciente aos níveis do sistema<sup>49</sup>, propicia menor uso de especialidades e redução das internações<sup>50</sup> e foi o quarto melhor avaliado. Neste estudo foi o atributo influenciado pelo maior número de características sugerindo que UBS com mais equipes e melhor estruturadas têm maior probabilidade de ter um bom desempenho nesse atributo. Estudo canadense mostrou que a principal característica a influenciar a coordenação foi a dedicação de 50 a 70% do tempo dos médicos na unidade de saúde<sup>51</sup>. O tempo do médico na equipe/UBS é tema de discussão no país, tendo sido alterada a norma sobre a presença desse profissional em regime de 40 horas semanais<sup>52</sup>. Apesar de não generalizáveis para todo o país, os resultados deste estudo destacam a necessidade de investigações para analisar a pertinência da mudança do tempo dedicado dos médicos à ESF. Esse e mais outro estudo canadense<sup>44,51</sup> mostram que a presença de uma rede especializada articulada às UBS, possibilitando troca de opiniões, contribui para a coordenação. A adequada capacitação dos profissionais para essa função também foi demonstrada imprescindível<sup>53</sup>.

Neste trabalho, o enfoque familiar e a orientação comunitária receberam piores avaliações, como em outros estudos<sup>13,14,52</sup>. Esse cenário é preocupante, uma vez que esses atributos são aqueles que diferenciam a ESF do modelo ambulatorial tradicional. Na análise, o número de equipes por UBS e a presença do médico apresentaram associações independentes com o desempenho do enfoque familiar. Estranha-se o fato de que a formação dos profissionais na ESF não apresentou associação com nenhum desses atributos. São necessárias investigações complementares para melhor entendimento do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, que é o profissional-chave para um bom desempenho desses atributos e cujo trabalho, por vezes, se encontra distante do originalmente proposto<sup>54</sup>.

Este trabalho tem vantagens e limitações. A abrangência do estudo, que contemplou todas as equipes da ESF em um dos maiores municípios brasileiros, é uma das vantagens, bem como o uso de questionário amplamente utilizado e previamente validado no Brasil, com alta proporção de respostas e boa consistência aferida pelo índice alpha de Cronbach, garantindo a validade interna da pesquisa. A opção por constituir dois grupos de respondentes possibilitou capturar informações de distintos pontos de vista, pois mesmo tendo sido consistentes entre gestores e enfermeiros, as avaliações revelaram algumas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. A principal limitação do estudo é a subjetividade das respostas, baseadas na experiência de cada profissional. Isso pode ter afetado os resultados, como sugerido por avaliações mais favoráveis dos gestores em relação a alguns atributos e o escore total. Para contornar esse problema, a condição do respondente (se gestor ou enfermeiro) foi considerada *a priori* uma variável de confusão do estudo e foi incluída em todos os modelos ajustados. Outra limitação do estudo é a ausência de informações acerca da percepção dos usuários, embora um estudo anterior tenha mostrado que a percepção dos usuários apresenta concordância com as dos profissionais<sup>55</sup>. Finalmente, vale ressaltar que o escore total da APS e de alguns dos seus atributos apresentou alguma variação entre os diferentes distritos sanitários (não mostrado)<sup>54</sup>. Por isso, o distrito foi também considerado variável de confusão e incluído como fator de ajustamento nos modelos multivariados. Essas variações geográficas podem refletir diferenças na qualidade da APS dentro do município, gerando iniquidades, e precisam ser avaliadas com mais profundidade.

A implementação da ESF ainda está em processo de construção no país e a sua avaliação

permanente deve ser incentivada. O PCATool é um questionário amplamente validado, constituído-se em um dos bons instrumentos para avaliação do desempenho da APS em diferentes contextos, para identificar aspectos que necessitam de intervenções para a melhoria da qualidade da APS em nosso meio.

As implicações dos nossos resultados para o planejamento em saúde podem ser resumidas em quatro pontos principais. A disponibilidade de insumos e de equipamentos na UBS foi o fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, revelando a importância do financiamento e de sistemas logísticos adequados para a qualidade da ESE. A formação das equipes no tema "saúde da família" foi o segundo fator mais fortemente associado ao desempenho da APS, ressaltando a importância e a necessidade da formação específica na área. A presença do médico

por pelo menos 30 horas semanais foi o terceiro fator mais importante na avaliação da APS, e aquele mais fortemente associado aos atributos da longitudinalidade, da coordenação e do enfoque familiar. Tal resultado reforça a importância de políticas de alocação dos médicos nas equipes em tempo integral. O número de equipes da ESE por UBS também apresentou associação positiva com o desempenho do escopo da APS. Isso pode ser explicado pelo melhor ambiente de trabalho decorrente de menor isolamento dos profissionais, da possibilidade de trocas de experiências e de intersubstituições. Logo, investimentos deveriam ser feitos para garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política.

## Resumen

*El objetivo de este estudio fue evaluar el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS) en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, el uso de la versión portuguesa de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria de Salud entre las enfermeras y administradoras de equipos de salud familiar. La puntuación total de la APS fue de 0,75 (buena). Las dimensiones de primer contacto (0,95), la longitudinalidad (0,83), la amplitud (0,83) y la coordinación (0,78) habían obtenido mejores resultados. El enfoque familiar, orientación comunitaria y acceso recibieron las puntuaciones más bajas (0,68, 0,56 y 0,45). Los factores asociados PHC mejor rendimiento ( $p < 0,05$ ) incluyen: disponibilidad de dispositivos de salud y otros insumos (RP ajustado = 1,57), la educación y la formación de equipos de salud familiar (RP = 1,44), médico en el lugar durante más de 30 horas por semana (RP = 1,42) y la presencia de cuatro o más equipos por cada Unidad de Salud (RP = 1,09). Los resultados resaltarón la importancia de los factores estructurales y organizativos sobre el desempeño de la APS.*

*Evaluación de Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud; Salud de la Familia; Calidad de la Atención de Salud*

## Colaboradores

M. A. Turchi e J. Macário participaram da concepção do projeto, análise dos dados, redação do artigo, revisão crítica do trabalho e aprovou a versão final. M. F. Lima-Costa colaborou na concepção do projeto, redação do artigo, revisão crítica do trabalho e aprovou a versão final.

## Agradecimentos

Este trabalho foi parcialmente financiado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Os autores agradecem aos gestores e aos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família do Município de Belo Horizonte pelo apoio à pesquisa.

## Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
2. Organização Panamericana da Saúde. *Renovação da atenção primária em saúde das américas*. Washington DC: Organização Panamericana da Saúde; 2007.
3. Patm J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1770-87.
4. Macinko J, Guarnais 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; 60:13-9.
5. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2002; 92:67-70.
6. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo R, Lima-Costa ME, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49:577-84.
7. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PE, Lima-Costa ME, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:2149-60.
8. Macinko J, de Oliveira VB, Tucci MA, Guarnais FC, Bonolo PE, Lima-Costa ME. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101:1363-70.
9. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Layh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2012; 27:348-55.
10. Tucci MA, Lima-Costa ME, Protetti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Health* 2010; 87:994-1006.
11. Macinko J, Lima-Costa ME. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1990-2000. *Int J Equity Health* 2012; 21:203.
12. 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.
13. Elias PE, Ferreres CW, Alves MCC, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cad Saúde Coletiva* 2006; 11:633-41.
14. Leão GDA, Caldeira AR. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Cad Saúde Coletiva* 2011; 16:4415-23.
15. Castro NCL, Krauth DR, Harzheim E, Hauser I, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:1772-84.
16. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira PV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cad Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
17. Macinko J, Lima-Costa ME. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17:36-42.
18. Lima-Costa ME, Tucci MA, Macinko J. *Estratégia Saúde da Família em comparação com outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil*. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1370-80.
19. Chermatos, ERV. *Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde do município de Curitiba no ano de 2008* [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
20. Tucci MA. *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
21. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
22. Berra S, Rocha KI, Rodriguez-Sanz M, Passarín MI, Rajmil I, Borrell C, et al. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 9:205.
23. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Feidenberg IA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics* 2000; 105 (4 Pt 2):998-1003.
24. Passarín MI, Berra S, Rajmil I, Solana M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39:395-401.
25. Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT). *Qual Prim Care* 2011; 19:85-103.
26. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care* 2013; 25:92-105.
27. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan* 2007; 22:167-77.
28. Harzheim E, Starfield B, Rajmil I, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1649-53.

29. van Stralen CJ, Belboiete SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 1:S148-58.
30. Macinko J, Almeida C, dos SIl, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19:303-17.
31. Pereira MIB, Mochima SM, Bava MCC, Santos JSS, Matsumoto S, Fortuna CM, et al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família. [http://www.aixa.org/cont/priv/calixa/docs/2011/Session\\_V/session27/02-09\\_session27\\_2-pt.pdf](http://www.aixa.org/cont/priv/calixa/docs/2011/Session_V/session27/02-09_session27_2-pt.pdf) (acessado em 25/Mai/2012).
32. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência Saúde Coletiva* 2011; 16:4315-26.
33. Barbosa ACQ, Rodrigues JM, Sampaio LFR. De programa a estratégia: a saúde da família no Brasil em perspectiva. Um comparativo da década de 2000. In: *Anais do XIV Seminário sobre a Economia Mineira*; 2010. [http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario\\_diamantina/2010/d106043.pdf](http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario_diamantina/2010/d106043.pdf) (acessado em 25/Mai/2012).
34. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001/2002. Brasília: Editora MS; 2004.
35. Silva NC, Braga RB, Rocha TAH, Barbosa ACQ, Rodrigues JM. Saúde da Família e RH: dimensões para efetividade. *Revista de Administração FACES Journal* 2011; 10:121-45.
36. Gervas J, Perez Fernandez M. La función de filtro del médico general y el papel de los especialistas en los sistemas de salud. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 9:251-2.
37. Almeida PE, Giovanella L, Mendonça MHM, Escord S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:286-98.
38. Almeida PE, Fausto MC, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 29:84-95.
39. Carret MI, Fossa AG, Kowacht I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* 2007; 10:131.
40. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med* 2000; 35:63-8.
41. Vieira-da-Silva LM, Chaves SC, Espertidão MA, Lopes-Martinho RM. Accessibility to primary healthcare in the capital city of a northeastern state of Brazil: an evaluation of the results of a programme. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64:1100-5.
42. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53: 974-80.
43. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev* 2006; 63:158-88.
44. Haggerty JL, Pinsook R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet E, et al. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med* 2008; 6:116-23.
45. Lima-Costa ME, Turel M, Macinko J. Saúde dos adultos em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
46. Sans-Carvalho M, Pujol-Ribera E, Gené-Badía J, Passarín-Rua MI, Iglesias-Pérez R, Casajusma-Brugat J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; 23: 308-16.
47. Krings DS, Boerma WC, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 13:65.
48. Halcomb EJ, Davidson PM, Daly JR, Griffiths R, Yallop J, Toffler G. Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. *Aust Health Rev* 2002; 25:156-66.
49. 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; 54:574-81.
50. Sung NI, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YI, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care* 2010; 22:493-9.
51. Russell G, Dabrouge S, Tura M, Hogg W, Genuau R, Gebremichael G. Getting it all done: Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract* 2010; 27:526-41.
52. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PCJ, Ribeiro MCSA, Foster AC, Novais MH, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência Saúde Coletiva* 2006; 11:693-703.
53. Fausto MC, Giovanella L, de Mendonça MH, de Almeida PE, Escord S, de Andrade CL, et al. The work of community health workers in major cities in Brazil: motivation, community action, and health care. *J Ambul Care Manage* 2011; 34:239-53.
54. Lima-Costa ME, Turel M, Macinko J. Os atributos da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Recebido em 01/Set/2014

Versão final reapresentada em 01/Jun/2015

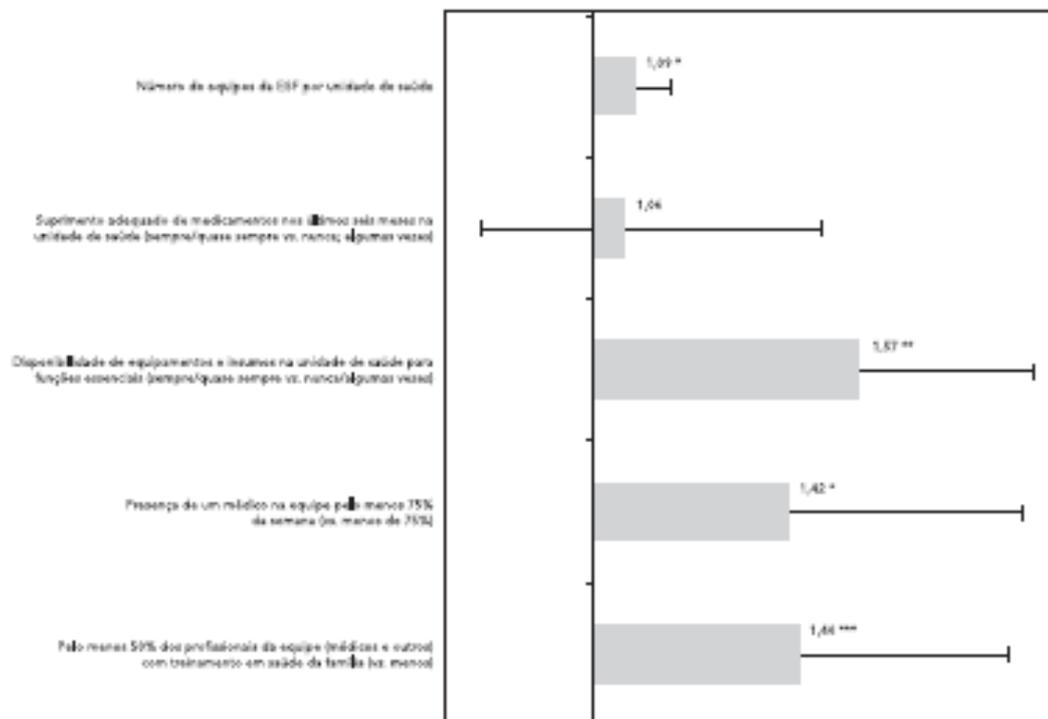
Aprovado em 02/Mar/2015

Turci MA, Lima-Costa MF, Macinko J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cad Saude Pública* 2015; 31(9):1941-1952.  
<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X30821115>

A revista foi informada sobre um erro na Figura 1. A Figura correta é:  
 The journal has been informed of an error in the Figure 1. The correct Figure is:  
 La revista fue informada sobre un error en la Figura 1. La Figura correcta es:

Figura 1

Razões de prevalência (RP) ajustadas das características das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das unidades básicas de saúde (UBS) associadas ao alto desempenho da atenção primária à saúde (APS). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010.



\*  $p < 0,05$ ;

\*\*  $p < 0,01$ ;

\*\*\*  $p < 0,0001$ .