

Avaliação da Atenção Primária e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência: um estudo em cidade brasileira

Maria Aparecida Turci, Maria Fernanda Lima e Costa, James A. Macinko.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência.

Método: O desempenho geral da APS e seus distintos atributos foram mensurados por uma pesquisa realizada entre profissionais de Belo Horizonte utilizando a Ferramenta de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool). As percepções dos usuários sobre a qualidade dos cuidados recebidos foram avaliadas por meio de uma pesquisa domiciliar baseada na população. As medidas de qualidade incluíam indicadores de satisfação, recebimento de orientação médica, acesso a atendimento especializado e generalista e recebimento de exames e procedimentos preventivos. As razões de prevalência foram calculadas com regressão de Poisson robusta, controlando as condições socioeconômicas e as necessidades de saúde.

Resultados: O escore total da APS foi de 0,75. A maior pontuação foi para primeiro contato (0,95), seguida de longitudinalidade (0,83) e integralidade (0,83), coordenação (0,78), foco familiar (0,68), orientação comunitária (0,66) e acessibilidade (0,45). O escore total da APS foi associado apenas à falta de queixas referentes aos serviços de saúde recebidos. O escore de acesso foi positivamente associado à ausência de queixas e visitas especializadas e negativamente associado a consultas generalistas e medidas de colesterol. O primeiro contato foi associado ao recebimento de orientação médica e a longitudinalidade foi associada à ausência de queixas. A orientação comunitária esteve associada à medida de pressão arterial e avaliação do colesterol. Outros exames preventivos não foram associados ao escore total da APS ou a seus atributos. Integralidade, Coordenação e Foco na Família não foram associados a nenhum dos indicadores de qualidade avaliados.

Conclusão: Apesar do alto desempenho da APS observado, parece não haver uma correlação clara com as experiências dos usuários sobre a qualidade. Embora essa relação tenha uma forte plausibilidade teórica, são necessários novos e maiores estudos para entender como melhorar a qualidade geral dos serviços a partir da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde

Revista da Rede APS 2019

Publicada em:
22/03/2019

Maria Aparecida Turci
(UNIFENAS),

Maria Fernanda Lima e
Costa (Instituto René
Rachou/FIOCRUZ-MG,

James A. Macinko
(University of California,
Los Angeles/Fielding
School of Public Health)

Correspondência para:
Maria Aparecida Turci,
mariaturci@gmail.com

INTRODUÇÃO

Estudos realizados em todo o mundo evidenciam as contribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) nos sistemas de saúde, tornando-os mais capazes de proporcionar melhores condições de saúde à população, mais equidade e maior racionalidade nos gastos de recursos (1). No Brasil, estudos demonstram que a ampliação da APS possibilitou a redução da mortalidade infantil (2), das hospitalizações por condições sensíveis à APS (3) e da iniquidade na utilização dos serviços (4), estando seu benefício bem estabelecido.

Existem 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 (5). Na realidade brasileira, com a expansão da cobertura da atenção básica como resultado das políticas públicas, vem se buscando métodos de avaliação da sua efetividade. O governo brasileiro criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com objetivo de ampliar o acesso e a qualidade do cuidado na atenção básica através do monitoramento e avaliação de sua estrutura, seus processos e resultados. Apesar da sua relevância, o instrumento utilizado possui parâmetros de avaliação ainda em processo de validação e que não foram construídos visando verificar os atributos da APS (6).

Por sua vez, ao longo do tempo, instrumento construído e validado com o objetivo de medir os atributos teve seu uso ampliado no Brasil como medida da qualidade da APS (7). Outros estudos avançaram na utilização do indicador, buscando verificar os fatores associados ao desempenho como perfil da equipe (8) e infraestrutura das unidades de saúde (9). Mas são poucos os estudos que buscaram associar o desempenho da APS à qualidade dos serviços de saúde ou mesmo a resultados (10).

Em nível mundial, estudos recentes utilizaram “problemas mais frequentes” na APS como preditores do desempenho do sistema de saúde (11). Eles demonstraram que receber melhor APS está associado à percepção de melhor performance

do sistema de saúde em países desenvolvidos, da América Latina e Caribe (12); e à percepção de boa qualidade da atenção no Brasil (13).

Dessa forma, foi proposto o presente estudo, que teve como objetivo verificar a associação entre o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde (APS) e a percepção do usuário sobre a qualidade da assistência à saúde num município com APS desenvolvida.

MÉTODOS

Belo Horizonte é capital do Estado de Minas Gerais, com 2,4 milhões de habitantes tendo alcançado cobertura de APS através da estratégia Saúde da Família (ESF) de 75% de sua população já em 2010. Informações sobre o peculiar processo de mudança do modelo de atenção desse município, que justifica a sua escolha nesse estudo, podem ser acessadas em publicação prévia (14).

Os dados relativos ao desempenho da APS foram verificados por meio de instrumento desenvolvido para avaliação da qualidade e da adequação da APS por meio dos seus atributos, o Primary Health Care Assessment Tool (PCATool) versão profissionais de saúde (15), validado em português (7). Os respondentes foram 463 enfermeiros (86,3% do total) e 138 gerentes (97% do total) das Unidades Básicas de Saúde do município. 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). Maiores detalhes sobre esse estudo podem ser vistos em Turci et al (9).

A qualidade da atenção à saúde foi aferida na percepção dos usuários por meio de estudo de base populacional, conduzido entre maio e julho de 2010. Os foram coletados através de questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH) (16), conduzida pela Fundação João Pinheiro em uma amostra baseada em 7.500 domicílios e cerca de 24 mil moradores. 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. Do total de domicílios amostrados na RMBH, 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 total de 12.979 entrevistados na faixa etária elegível, 7.778 eram residentes no Município de Belo Horizonte. Desses, foram selecionados para a análise os 4.798 residentes em áreas adscritas à ESF. A realização desse inquérito foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (carta de aprovação no 10/2009).

As variáveis independentes foram o desempenho da APS e seus atributos. A mensuração de cada atributo foi feita por um conjunto de itens que constam do PCATool (Quadro 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 (17).

Foram selecionadas variáveis de confusão, a saber: sexo; faixa etária (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80 anos ou mais); escolaridade (até 8 e 8 ou mais anos completos); cobertura por plano de saúde; 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), além da existência de um ou mais empregados domésticos; um indicador que sintetizou as condições de saúde (derivado de análise fatorial dos indicadores: autoavaliação da saúde; 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 apresenta).

O desempenho do sistema de saúde foi medido pelos seguintes indicadores: a) queixa quanto ao serviço de saúde, representada pela dificuldade para marcar consulta; b) ter recebido

aconselhamento médico sobre algum dos temas: dieta, atividade física, álcool ou tabagismo; c) ter realizado pelo menos uma consulta médica no ano com especialista; d) ter realizado pelo menos três consultas médicas no ano com generalista; e) 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; f) a determinação do colesterol nos últimos 5 anos entre homens e mulheres com idade igual ou superior a 20 anos (18); g) a 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 (19); h) vacinação contra gripe nos últimos 12 meses entre homens e mulheres com 60 anos ou mais de idade.

A análise estatística tratou inicialmente do cálculo do desempenho da APS por meio do escore da APS e dos seus atributos da APS. 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” e os valores percentuais “≤ 49 inferiores” e “≥ 50%” foram categorizadas como 0 (zero). 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.

As medidas resumidas de bens domiciliares e condições de saúde foram criadas por meio da análise dos componentes principais (PCA). O escore de condições de saúde obtido foi dividido em tercís, sendo que os dois tercís superiores (piores condições), considerados categorias de exposição, foram comparados com o inferior (melhores condições), 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.

Em seguida foi realizada avaliação descritiva das variáveis através da estimação de frequências. Foi realizada análise estratificada pela qualidade da APS, considerada alta ou baixa. Para esse fim, foram criados grupos em que a APS foi avaliada com pontuação mais alta (acima da mediana do indicador de APS) e mais baixa (abaixo da mediana).

Em seguida foram realizadas as análises multivariadas, utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta para eventos comuns para examinar a significância estatística das associações entre o desempenho da APS (escore) e os atributos com os diversos indicadores selecionados, controlando a agregação das equipes nas UBS. Essas análises foram realizadas utilizando-se os comandos escritos pelo menu `vce (cluster clustvar)` do Stata 12. Foram estimadas as razões de prevalências ajustadas e intervalos de 95% de confiança (IC95%). Todas as análises multivariadas foram ajustadas pelas variáveis de confusão. Para verificar a confiabilidade e a consistência interna do instrumento, foi realizado o teste de Cronbach.

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 do Stata, incluindo os pesos individuais da probabilidade de seleção na amostra e procedimentos para corrigir o efeito da agregação dos indivíduos no domicílio.

RESULTADOS

Na Tabela 1 estão apresentados os escores da APS e seus atributos. O escore total da APS foi de 0,75. O atributo melhor pontuado foi o primeiro contato (0,95 IC95% 0,74-0,76), seguido pela longitudinalidade (0,83 IC95% 0,81-0,85) e a integralidade (0,83 IC95% 0,82-0,84), coordenação (0,78 IC95% 0,77-0,79), enfoque familiar (0,68 IC95% 0,66-0,71), orientação comunitária (0,56 IC95% 0,54-0,59) e acesso (0,45 IC95% 0,43-0,46).

Na Tabela 2 verificam-se as características dos respondentes quanto às variáveis de confusão selecionadas e àquelas relativas à qualidade da atenção à saúde. Dos participantes, 53,3% eram mulheres, em sua maioria, menores de 39 anos.

Ainda, 66,9% têm mais de 8 anos de estudo. Os percentuais de presença de bens domiciliares no domicílio foram elevados: 17,2% estão no quintil superior, ou seja, são os que mais possuem bens, enquanto 19,6% estão no quintil inferior (menos bens). Do total, 37,4% estão cobertos por planos de saúde. Quanto aos indicadores que compõe o escore de condições de saúde, 81,6% consideram sua saúde boa e muito boa; 89,2% relataram que não apresentaram nenhum dia com a saúde física ruim nos últimos 30 dias e 97,6% com a saúde mental; e 66,7% dos entrevistados relataram não ter nenhuma doença. No escore de condições de saúde, 63% dos entrevistados se localizaram no quintil inferior (menos morbidade) enquanto 25,8% estão no quintil superior (pior situação de saúde). Do total de entrevistados, menos da metade não apresenta queixas quanto aos serviços de saúde e a proporção de pessoas que relatam que o médico não conversou sobre dieta, atividade física, álcool e tabaco/cigarro foi elevada. Quando analisadas as orientações em conjunto, 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. A cobertura dos serviços preventivos foi alta: 92% com PA determinada nos dois últimos anos, 93,8% com exame de colesterol 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 2 é possível verificar a diferença nas proporções entre os grupos de alta qualidade da APS e baixa, com poucas diferenças entre os dois grupos.

Na Tabela 3 estão apresentadas as correlações entre o escore da APS e seus atributos e os indicadores de qualidade da atenção à saúde na percepção dos usuários. O escore global 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: positivamente à falta de queixa aos

serviços de saúde (RP 2,76 IC 95% 1,69-4,50) e à realização de pelo menos uma consulta médica no ano com especialista (RP 2,39 IC95% 1,42-4,03), e negativamente 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). O atributo do 1º 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.

O índice α de Cronbach de 0,85 mostrou adequadas a confiabilidade e a consistência interna do instrumento utilizado na pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostraram que, em geral, o desempenho da APS, medida através do escore da APS e seus atributos na percepção dos profissionais de saúde, estiveram fracamente associados à qualidade da assistência à saúde de saúde na percepção dos usuários do SUS em Belo Horizonte. Esses resultados foram independentes das condições demográficas, socioeconômicas e das necessidades em saúde.

Poucos estudos nacionais buscaram associar o desempenho da APS e seus atributos a resultados em saúde. Em sua maior parte, eles buscaram validar os instrumentos de avaliação como o PCATool, comparar o desempenho de diferentes modelos de organização da Atenção Primária, bem como 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, mas os usuários consideraram melhores os serviços baseados na ESF do que na Atenção Básica Tradicional (20) (21). Carvalho, 2013 buscou avaliar a associação entre o escore da APS com a qualidade de vida e saúde física, 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 (22).

A percepção do usuário sobre a atenção prestada quando necessita e utiliza o serviço de saúde tem se apresentado importante indicador de qualidade (23). Nesse estudo, 44% dos entrevistados não apresentaram queixas quando necessitam utilizar os serviços de saúde. Esse foi o único indicador influenciado pelo escore total da APS. Análise dos dados do PMAQ-AB mostra que mesmo os usuários que tem APS como porta de entrada preferencial e avaliam positivamente seu acesso, apontam dificuldades (24). 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, terá impacto na satisfação do usuário e na redução das queixas (25).

O aconselhamento médico sobre comportamentos saudáveis durante a consulta médica apresentou uma prevalência relativamente alta, comparando-se com estudos disponíveis no Brasil (26). O único atributo associado a esse indicador foi o 1º contato. O fator mais comumente encontrado associado à realização de aconselhamentos é a presença de fatores de risco nos pacientes (27) (28).

No presente estudo, a realização de consulta especializada foi maior quanto melhor foi o desempenho da ESF nos atributos acesso e longitudinalidade, mas a coordenação não esteve correlacionada. Já o acesso apresentou uma correlação inversa com a realização um maior número de consultas com o generalista no ano. 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 (29).

As únicas ações preventivas influenciadas pelos atributos da APS foram a determinação de PA (Orientação Comunitária) e a determinação do colesterol (por este e pelo Acesso). A realização do Papanicolau e a Vacinação não foram influenciadas pela qualidade da APS e seus atributos, nesse estudo. Apesar disso, os resultados 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 desses exames. 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 (30) (31).

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 (2) (3), mas geralmente é aquele que recebe as piores pontuações em processos avaliativos, revelando enorme possibilidade de melhoria no processo de trabalho e na avaliação do desempenho do sistema pelo usuário. A longitudinalidade, assim como encontrado em outros estudos (32), 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 (33) (34). A longitudinalidade está intimamente ligada à permanência dos profissionais na equipe, conseqüentemente, políticas que atuem sobre o

provimento e fixação, em especial do médico na atenção primária, se fazem fundamentais para o alcance da qualidade da atenção à saúde.

A relação entre a qualidade da APS e o desempenho do sistema de saúde está bastante consolidada conceitualmente, mas estudos que verifiquem quais aspectos da APS possuem maior impacto sobre essa melhoria precisam ser aprofundados. O presente estudo, mesmo tendo contado com uma base populacional de enorme representatividade da população do município não foi capaz de estabelecer relações sólidas, mesmo com o uso de questionário previamente validado e boa validade interna da pesquisa. Uma estratégia pode ser o uso de versão reduzida do PCATool (35) ou de conjunto de perguntas mais objetivas que consigam discriminar os aspectos da qualidade da APS (12).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Starfield B, Shi L, Macinko J. The Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(3):457-502.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Macinko J, Lima-Costa MF. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *Int J Equity Health*. 2012;11:33.
- (5) 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.
- (6) Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's national program for improving primary care access

- and quality. *J Ambulatory Care Manage.* 2017;40(2):S4-S11
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) 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.* 2015; 31(9):1941-1952.
- (10) 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 and Planning*, 2012; 4:348–355
- (11) Svetlana V Doubova, Frederico C Guanais, Ricardo Pérez-Cuevas, David Canning, James Macinko, Michael R Reich; Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador, *Health Policy and Planning*, Volume 31, Issue 7, 1 September 2016, Pages 834–843
- (12) Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Perez-Cuevas R, GarcõAa-Elorrio E, Kruk ME (2018) Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med* 15(10): e1002673. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002673>
- (13) Macinko J, Bof de Andrade F, Souza-Junior PRB, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saude Publica.* 2018;52 Suppl 2:6s.
- (14) Turci M (Org.). *Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte.* Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde: HMP Comunicação; 2008.
- (15) Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-175.
- (16) *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH): Plano de Trabalho.* Fundação João Pinheiro. 1997; SINE MG Belo Horizonte.
- (17) 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.
- (18) U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2020.*
- (19) BRASIL. *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.* Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011.
- (20) 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.
- (21) 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.
- (22) 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.
- (23) 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.
- (24) 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

(25) 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.

(26) 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.

(27) 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.

(28) 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.

(29) 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.

(30) 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.

(31) Cabana MD, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? The Journal of Family Practice. 2004;53(12):7.

(32) Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. Ann Fam Med. Sep-Oct 2004;2(5):445-451.

(33) Cabana MD, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? The Journal of Family Practice. 2004;53(12):7.

(34) 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.

(35) OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de et al. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, [S.l.], v. 8, n. 29, p. 256-263, set. 2013..

ABSTRACT

Objective: To verify the association between performance of primary health care (PHC) services and user perceptions of the quality of care.

Method: Overall PHC performance and its distinct attributes were measured by a survey conducted among professionals in Belo Horizonte using the Primary Health Care Assessment Tool (PCATool). User perceptions of the quality of care received were evaluated through a population-based household survey. Quality measures included indicators of satisfaction, receipt of medical advice, access to specialized and generalist care, and receipt of preventive exams and procedures. Prevalence ratios were calculated using robust Poisson regression, controlling for socioeconomic conditions and health needs.

Results: The total PHC score was 0.75. The highest score was for first contact (0.95), followed by longitudinality (0.83) and comprehensiveness (0.83), coordination (0.78), family focus (0.68), community orientation (0.66) and accessibility (0.45). The total PHC score was associated only with a lack of complaints regarding health services received. The access score was positively associated with the absence of complaints and specialist visits and negatively associated with generalist consultations and cholesterol measurement. First contact was associated with receiving medical advice and longitudinality was associated

with the absence of complaints. Specialist consultations and community orientation were both associated with blood pressure and cholesterol assessment. Other preventive exams were not associated with the total PHC score or its attributes. Integrality, Coordination and Family Focus were not associated with any of the quality indicators evaluated.

Conclusions: Despite the high PHC performance observed, there does not appear to be a clear correlation with user reports of high quality services. Although this relationship has strong theoretical plausibility, greater research is needed to understand how best to improve overall service quality.

Keywords: Primary care; health assessment; Quality of health care.

Quadro 1 – Definição operacional dos atributos da Atenção Primária à Saúde.

| Atributo | Item de verificação no PCATool |
|---|--|
| <p>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</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>PRIMEIRO CONTATO: 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>LONGITUDINALIDADE: 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>INTEGRALIDADE: 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>COORDENAÇÃO: continuidade do cuidado e encaminhamento e acompanhamento do usuário quando necessita de serviços</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;</p> |

| | |
|---|--|
| especializados. | <p>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; existência de regulação periódica na UBS para revisar a necessidade de referência; Disponibilidade do prontuário quando solicitado pelo médico; Existência de auditoria médica dos prontuários.</p> |
| ENFOQUE FAMILIAR: consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, assim como à identificação de fatores de risco e de proteção no contexto familiar. | <p>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; Recomendariam pelo usuário dos serviços para amigos ou parentes.</p> |
| ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA: reconhecimento do contexto social. | <p>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.</p> |

Fonte: Adaptado de Macinko, 2007

Tabela 1 – Escores dos atributos da atenção primária à saúde (APS) (Belo Horizonte, 2010).

| Atributo | Total (n=601) | |
|------------------------|---------------------|-----------|
| | Escore ¹ | 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 |

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

Valor de p: teste z para diferenças entre as médias dos enfermeiros e gestores

Fonte: elaboração própria

Tabela 2 – Características dos usuários entrevistados segundo as variáveis do estudo, Belo Horizonte, 2010.

| Características dos usuários entrevistados | N | Total | Baixa Qualidade da APS | Alta qualidade da APS |
|---|------|-------|------------------------------|-----------------------------|
| | | (%) | (%) | (%) |
| 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 ² (vs. não realizou) | 1511 | 86,7 | 87,9 | 85,5 |
| Foi vacinado contra gripe no último ano ³ (vs. não foi) | 738 | 83,0 | 82,9 | 83,1 |

¹Para mulheres de 25-59 anos de idade que possuíam útero

²Para maiores de 60 anos

Fonte: elaboração própria

Tabela 3 – 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 ¹ | Foi vacinado contra gripe no último ano ² |
|------------------------|---|--|--|--|
| | 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.

Fonte: elaboração própria