

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

**VALIDAÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DAS
CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DO DESEMPENHO DOS
SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(SUS) EM NÍVEL LOCAL**

10

BRASÍLIA — DF
2006

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde – Brasil
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Atenção Básica (DAB)

VALIDAÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DAS
CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DO DESEMPENHO
DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM NÍVEL LOCAL (*)

Celia Almeida

*MD, MPH, PhD, Pesquisador Titular
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil*

James Macinko

*PhD, Professor de Saúde Pública
New York University, EUA*

Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10

BRASÍLIA – DF

2006

(*) Esta pesquisa foi financiada pela ENSP/FIOCRUZ, Programa PED, mas contou também com aportes financeiros da Fundação Fulbright (bolsa de pesquisador visitante para James Macinko) e da Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório do Brasil (para o trabalho de campo da enquete com usuários dos serviços de atenção básica), além de apoio logístico da Secretaria Municipal de Petrópolis.

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 – Brasília – DF
<http://www.opas.org.br>
Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
<http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm>
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
OPAS/OMS
3. Equipe Técnica/OPAS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Revisão
Eliana Silva
5. Adaptação de Capa, Projeto Gráfico e DTP
All Type Assessoria Editorial Ltda
6. Tiragem:
1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Célia Almeida/James Macinko. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

215p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 10)

ISBN: 85-87943-57-X

1. Políticas de saúde 2. Serviços de Atenção Básica. 3. SUS - Brasil. I. Almeida, Célia, Macinko, James. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Brasil. Ministério da Saúde. V. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.

NLM: W84

2006 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS/Petrópolis), pelo interesse e disponibilidade em colaborar com a pesquisa, em todas as suas fases, participar da discussão dos resultados, assim como disponibilizar todos os dados e informações necessários e solicitados.

Agradecemos especialmente a:

Aparecida Silva Barbosa – *Secretária Municipal de Saúde de Petrópolis*

João Werneck de Carvalho Filho – *ex-Secretário Municipal de Saúde de Petrópolis*

Paulo Klingelhofer de Sá – *Coordenador da Atenção Básica, SMS/Petrópolis*

Celina Souza Leite – *Apoio logístico, SMS/Petrópolis*

Hélita Maria de Oliveira Peixoto Costa – *(supervisora administrativa), SMS/Petrópolis*

Isabela Vogel – *Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis/FASE*

Suzana Rezende Papoula – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Norma Sueli de Oliveira Castro – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Mônica Beatriz Oliveira da Costa – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Mônica da Silva Coelho Maia – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Odaír da Silva Baltar – *Supervisor do PSF, SMS/Petrópolis*

Eliane dos Santos de Oliveira – *Pesquisadora assistente, DAPS/ENSP/FIOCRUZ*

Agradecemos também a todos os enfermeiros, médicos e outros profissionais que trabalham nas unidades de atenção básica de saúde no Município de Petrópolis e que participaram da pesquisa. Aos motoristas e pessoal administrativo das unidades e da SMS/Petrópolis que apoiaram e colaboraram com o trabalho de campo.

À Barbara Starfield pelo apoio ao nosso trabalho e sugestões sempre pertinentes.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ, especialmente à Escola de Governo, pelo financiamento de boa parte da pesquisa e por todo apoio adicional recebido.

À Organização Pan-Americana de Saúde, Escritório do Brasil, Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, pelo financiamento do trabalho de campo da enquete de usuários, e, especialmente, a Julio Manuel Suárez pelo entusiasmo e apoio à pesquisa.

A Renato Möller Neto, da PRODEMAN, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e sua equipe, incluindo os entrevistadores André Luis Ribeiro, Verônica Nunes de Souza e Vinícius Rangel do Nascimento.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO – *Pan-American Health Organization*
PCAT – *Primary Care Assessment Tool*
PIB – Produto Interno Bruto
PROESF – Programa de Expansão da Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação à Atenção Básica
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde Tradicional
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas do Tamanho da Amostra por Conglomerados.....	73
Tabela 2 – Alguns dados sobre o município de Petrópolis, 2002.	82
Tabela 3 – Capacidade Instalada na área de saúde, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2003.	83
Tabela 4 – Gasto direto com saúde, público e privado, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002.....	84
Tabela 5 – Indicadores de saúde e cobertura, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002.....	85
Tabela 6 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	89
Tabela 7 – Porta de entrada por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	91
Tabela 8 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	92
Tabela 9 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	95
Tabela 10 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	99
Tabela 11 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	101
Tabela 12 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	103
Tabela 13 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003.....	104
Tabela 14 – Índice composto total, por tipo de unidade (informantes-chave), 2003.....	106
Tabela 15 – Descrição da população entrevistada, Petrópolis, 2004.....	107
Tabela 16 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.....	109
Tabela 17 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.....	111
Tabela 18 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.....	112
Tabela 19 – Elenco de serviços por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.....	114

Tabela 20 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	117
Tabela 21 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	119
Tabela 22 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.....	120
Tabela 23 – Formação profissional por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	121
Tabela 25 – Índice composto total de atenção básica por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	122
Tabela 26 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, unidades do PSF, Petrópolis, 2004.....	127
Tabela 27 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004	129
Tabela 28 – Regressão logística multivariada para auto-avaliação do usuário sobre seu estado de saúde, Petrópolis, 2004.....	134
Tabela 29 – Auto-avaliação da confiança dos informantes-chave nas suas respostas, Petrópolis, 2004.	136

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	90
Gráfico 2 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	93
Gráfico 3 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	96
Gráfico 4 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	100
Gráfico 5 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	102
Gráfico 6 – Orientação comunitária por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	103
Gráfico 7 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003	105
Gráfico 8 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	110
Gráfico 9 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	111
Gráfico 10 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	113
Gráfico 11 – Elenco de serviços, por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	115
Gráfico 12 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	118
Gráfico 13 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	119
Gráfico 14 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004	120
Gráfico 15 – Profissionais de saúde por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.	121
Gráfico 16 – Variação no índice composto total de atenção básica por tipo de unidade, Petrópolis, 2004	123
Gráfico 17 – Distância da média do índice total de atenção básica unidades do PSF, Petrópolis, 2004	124

Gráfico 18 – Distância da média do índice total de AB, UBS, Petrópolis, 2004	125
Gráfico 19 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, PSF, Petrópolis, 2004	128
Gráfico 20: Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004	129
Gráfico 21 – Relação entre o índice composto total da atenção básica e probabilidade de estar com boa saúde, por faixa etária, Petrópolis, 2004	134
Gráfico 22 – Proposta de algoritmo para solicitar as respostas do questionário.....	137
Gráfico 23 – Acesso por unidade	163
Gráfico 24 – Porta de Entrada por unidade	163
Gráfico 25 – Vínculo por unidade	164
Gráfico 26 – Elenco de serviços por unidade	164
Gráfico 27 – Coordenação por unidade.....	165
Gráfico 28 – Foco Familiar por unidade	165
Gráfico 29 – Orientação para a comunidade por unidade	166
Gráfico 30 – Formação profissional por unidade.....	166

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Avanços obtidos com o PSF e desafios a serem enfrentados	51
Quadro 2 – Definições das dimensões essenciais da atenção básica em saúde...	68
Quadro 3 – Testes empregados na validação dos instrumentos	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo	42
Figura 2 – Processo de investigação.....	75
Figura 3 – Desenvolvimento dos índices compostos	76

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
LISTA DE SIGLAS	7
LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE GRÁFICOS	11
LISTA DE QUADROS	13
LISTA DE FIGURAS.....	13
PREFÁCIO.....	19
APRESENTAÇÃO	21
RESUMO EXECUTIVO.....	23
Objetivos.....	23
Marco teórico e revisão da literatura	24
Metodologia	26
Plano de análise	30
Resultados, conclusões e recomendações	31
I. INTRODUÇÃO.....	37
Objetivos.....	38
II. MARCO TEÓRICO	39
III. UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL.....	45
IV. MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	61
V. METODOLOGIA.....	67
A. Medidas.....	67
B. Seleção de entrevistados	71
C. Plano de análise.....	75
D. Considerações éticas	79
VI. RESULTADOS	81
A. Um perfil do Município de Petrópolis	81
B. Primeira etapa da pesquisa: entrevistas com profissionais e gestores.....	87
1. Acesso	88
2. Porta de entrada: atenção ao primeiro contato	90
3. Vínculo.....	91
4. Elenco de serviços	94
5. Coordenação.....	97

6. Enfoque familiar	101
7. Orientação para a comunidade	102
8. Formação profissional	104
9. Índice composto total de atenção básica	105
C. Segunda etapa da pesquisa: enquete com os usuários dos serviços	106
1. Acesso	108
2. Porta de entrada	110
3. Vínculo.....	111
4. Elenco de serviços	113
5. Coordenação	116
6. Enfoque familiar	118
7. Orientação para a comunidade	120
8. Formação profissional	121
9. Índice composto total de atenção básica	122
D. Análise de desempenho das unidades	122
VII. VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA	127
A. Comparação entre as fontes de dados	127
B. Relação entre organização e desempenho dos serviços de atenção básica e percepção dos usuários entrevistados sobre seu estado de saúde	131
C. Validação dos indicadores (perguntas): testes estatísticos	135
D. Considerações sobre o instrumento (questionário).....	136
VIII. DISCUSSÃO	139
IX. CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	145
REFERÊNCIAS	147
ANEXOS	153
ANEXO I: CARTÃO DE RESPOSTA	155
ANEXO II: TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS.....	157
ANEXO III: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA - ETAPA 1	159
ANEXO IV: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 2.....	161
ANEXO V: DESEMPENHO POR ÍNDICE COMPOSTO DE ATENÇÃO BÁSICA	163
ANEXO VI: CRONBACH’S ALPHA: ETAPA 1 (PROFISSIONAIS NAS UNIDADES).....	167
Acesso	167
Vínculo	167
Elenco de serviços	168
Coordenação	169
Enfoque familiar	170

Orientação para a comunidade.....	170
Formação profissional.....	170
Índice composto total.....	171
ANEXO VII: CRONBACH'S ALPHA: ETAPA 2 (USUÁRIOS)	173
Acesso	173
Porta de entrada.....	173
Vínculo	174
Elenco de serviços	175
Coordenação	176
Enfoque familiar	176
Orientação para a comunidade.....	177
Formação profissional.....	177
Índice composto total.....	178
ANEXO VIII: QUESTIONÁRIOS.....	179

PREFÁCIO

Na visão da OPAS, a experiência de saúde familiar e o fortalecimento da atenção primária no Brasil têm grande valor no enfrentamento do desafio de melhorar o acesso, a resolução das demandas em saúde, o estímulo à participação social e a contribuição para a redução das desigualdades.

Na Região das Américas, a Organização vem acompanhando diversas iniciativas voltadas à atenção primária que possam permitir mudanças no nível de saúde da população e buscando destacar aquelas que envolvem ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças, de forma resolutiva e de qualidade, e que propiciem mudanças no nível de saúde.

Nesse sentido, a presente publicação, coincidente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população, desempenha um importante papel ao apresentar mecanismos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde. Especificamente em relação à atenção básica, em nível local, poderá permitir a identificação de problemas, dificuldades ou elementos da organização e desempenho do sistema que produzam maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população.

Junto com esta Série Técnica o leitor encontrará um CD-ROM que contém uma breve explicação sobre a metodologia de avaliação dos serviços de atenção básica em nível local, apresentada nesta publicação, e instruções de como utilizar os instrumentos propostos por essa metodologia. Encontrará também um programa que possibilita a entrada dos dados coletados com esses instrumentos e a elaboração de algumas análises preliminares dessas informações. Este *kit* está sendo distribuído junto com a publicação para facilitar a utilização dessa metodologia por qualquer pessoa interessada, seja em nível dos serviços ou da gestão (secretarias municipais e estaduais de saúde), ou ainda por outros grupos de pesquisa. Ele facilita as tarefas de coleta e processamento dos dados trabalhados pela metodologia proposta.

Por isso, a OPAS tem a satisfação de lançar mais este volume da Série Técnica, pois considera que essa experiência é de crucial valor na idéia de fortalecer as iniciativas de melhoria dos sistemas locais de saúde das Américas.

Horácio Toro

Representante da OPAS no Brasil

APRESENTAÇÃO

São inegáveis os avanços obtidos com a ampliação e qualificação das ações no âmbito da Atenção Básica no Brasil, advindos da implementação do Sistema Único de Saúde e da crescente descentralização dos serviços. Todo um conjunto de estratégias e normatizações, em especial a garantia de financiamento específico, possibilitaram à ampla maioria dos municípios brasileiros a assunção de um novo papel no sistema de saúde, tendo sob sua responsabilidade a organização e prestação de serviços na esfera local.

A principal estratégia nacional para a qualificação da atenção básica tem sido, sem dúvida, a saúde da família, que ampliou o vínculo e a responsabilização das equipes da atenção básica com a população assistida, bem como inseriu novas práticas no tradicional escopo das ações realizadas por essas equipes.

De maneira sintética, podemos dizer que a idéia àquela época, e que permanece, era aproximar as equipes de saúde da realidade da população. Por isto o desenho da equipe em regime integral de trabalho com profissionais que pudessem garantir a integralidade da atenção e do cuidado, traduzidos nas figuras do enfermeiro, do médico de família, dos auxiliares e dos agentes comunitários da saúde.

Esse esforço nacional de implantação da estratégia de saúde da família, possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção básica. Terminamos 2005 superando 24.000 equipes e promovendo o cuidado a mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros.

O desafio que agora se apresenta, após uma ampla expansão, é o da qualificação da rede de atenção básica, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação. Alguns importantes passos vêm sendo dados, pelo Ministério da Saúde, no sentido da institucionalização da avaliação na atenção básica, incluindo financiamento de estudos acadêmicos nesse campo, apoio ao desenvolvimento de parcerias entre serviços e centros formadores, contratação de instituições para realização de pesquisas avaliativas, desenvolvimento de metodologias de avaliação da atenção básica, entre outros.

É neste contexto que o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde apresentam, na série técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde o relatório final desse estudo que discute e propõe formas de medir e avaliar importantes elementos estruturais de um sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde - APS. A validação de uma metodologia de avaliação da APS, internacionalmente utilizada, é uma importante contribuição para esse momento de consolidação da saúde da família no Brasil.

Neste estudo, conceitos como acessibilidade, aceitabilidade, integralidade, abrangência da atenção, cuidado apropriado e baseado na família e na comunidade são fortemente abordados, sendo proposta uma representação da atenção básica que incorpora as dimensões internacionalmente utilizadas, mas que avança numa combinação de outros elementos, levando a uma noção mais ampla de atenção primária, mais próxima à proposta no modelo brasileiro.

O estudo também presta uma importante contribuição categorizando as pesquisas realizadas no campo de avaliação da atenção básica, que é seguida de discussões dos principais e mais relevantes trabalhos realizados recentemente no país.

A metodologia proposta é descrita de forma clara e objetiva, possibilitando a sua disseminação.

Por fim, destaca-se a importância de contarmos com mais uma ferramenta de avaliação, no campo da atenção básica. Metodologias como esta, que apontam fortalezas e debilidades do modelo proposto para a atenção básica no Brasil, certamente contribuirão para o preenchimento das lacunas existentes.

Esperamos que esta metodologia possibilite aos gestores, técnicos, pesquisadores e todos os envolvidos na consolidação da atenção básica no Brasil, a realização de aproximações sucessivas de nossa “imagem objetivo” que é de uma atenção básica de qualidade, resolutiva e que contribua na reorganização do sistema de saúde brasileiro, possibilitando a melhoria de indicadores de saúde da população brasileira.

Luis Fernando Rolim Sampaio

Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB)

Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

Ministério da Saúde (MS)

RESUMO EXECUTIVO

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as características inovadoras inclui-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance dessas mudanças ainda são insuficientes.

Daí o interesse em avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado da ação dos serviços de atenção básica na saúde da população em nível local.

O propósito dessa pesquisa foi contribuir para o processo de desenvolvimento e utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica, em nível local. Pretende-se proporcionar mecanismos de medida regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando problemas, dificuldades e os elementos da organização e desempenho do sistema que produzem maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população. Nesse sentido, esta pesquisa complementa outras atividades de avaliação quem têm sido levadas a cabo seja pelo Ministério da Saúde, seja por outros centros de pesquisa e organizações nacionais ou internacionais.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi testar, num município específico – Petrópolis, no Rio de Janeiro – uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS. Essa metodologia trabalhou com diferentes fontes de dados – secundários e rotineiros, informantes-chave (profissionais e gestores) e usuários dos serviços – para medir aspectos críticos desses serviços em nível municipal.

Os objetivos específicos foram:

1. Adaptar uma metodologia para medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) em nível municipal e aplicá-la no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro.

2. Adaptar e aplicar os instrumentos específicos para o levantamento de dados, utilizando informantes-chave (entrevistas com profissionais de saúde nas unidades de AB; e com gestores e supervisores da Secretaria Municipal de Saúde–SMS) e enquete populacional (com usuários dos serviços de AB).
3. Comparar os diferentes pontos de vista desses distintos atores, a partir das fontes de dados.
4. Validar a metodologia de uso de informantes-chave para a avaliação rápida, organizacional e de desempenho dos serviços de atenção básica em nível local.
5. Elaborar um perfil dos serviços de atenção básica no Município de Petrópolis, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs).

Espera-se que essa metodologia possa ser aplicada futuramente a um número maior de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica em nível nacional.

Marco teórico e revisão da literatura

A pesquisa elabora um marco teórico baseado na revisão do conceito de atenção primária e seus distintos significados ao longo do tempo, discutindo a importância que adquire nas reformas setoriais contemporâneas e na retomada recente de sua importância nesse contexto. Analisa também os atributos (ou dimensões) da atenção primária, elegendo aquelas consideradas essenciais para uma avaliação em termos de impacto na saúde da população.

A partir de uma combinação da definição de atenção primária orientada aos serviços de saúde com uma noção mais ampla de atenção básica, que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, concebido para os países em desenvolvimento, foi elaborada, com base na literatura disponível, uma lista dos principais atributos da atenção básica (ou dimensões essenciais) – acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional – que foram trabalhadas nessa pesquisa.

A revisão da literatura internacional demonstra que sistemas de saúde organizados levando em consideração as dimensões descritas acima estão, geralmente, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário, assim como com melhor saúde da população, mesmo nas análises controladas por outros determinantes da saúde como Produto Interno Bruto–PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool.

O Ministério da Saúde brasileiro definiu a atenção básica, em 1999, como ações, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esta definição inclui alguns elementos do conceito de atenção primária elaborado por Barbara Starfield, tais como a porta de entrada e elenco de serviços, mas não considera outras dimensões essenciais, tais como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária.

É feita uma revisão da literatura nacional disponível sobre o tema da atenção básica e detecta-se que há um considerável volume de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Entretanto, de maneira geral, a maioria delas aporta mais elementos de diagnóstico da situação, apresentando algumas sugestões e recomendações; e raras são as que se propõem explicitamente a avaliar o desempenho de serviços de atenção básica, tendo como objetivo a elaboração de uma proposta de monitoramento.

Em termos muito genéricos, pode-se identificar quatro tipos de pesquisas: 1) estudos de caso, incluindo teses de doutorado ou mestrado, sobre a implementação de um programa específico ou de uma política de atenção básica; 2) grandes pesquisas sobre a implementação do Programa de Saúde da Família-PSF em vários municípios (que é a maioria); 3) pesquisas sobre o funcionamento de um serviço específico ou processo de trabalho na atenção básica, como trabalho em equipe, ou ainda atenção a uma doença específica; e 4) análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção básica ou de programas especiais (principalmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e PSF).

Em síntese, com base na literatura analisada, existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção básica na saúde da população. As evidências existentes são referidas mais às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e, muitas vezes, focalizando na descrição do processo de implantação do PSF. Poucas pesquisas analisam o sistema de atenção básica como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção utilizando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção (como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe, entre outros). Por outro lado, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho da AB.

Foi elaborada também uma análise crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da AB, tais como o Pacto da Atenção Básica e o Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB).

Conclui-se, de forma sintética, que o Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma idéia geral do sistema de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a esses problemas, nem para definir “correções de rota”. Necessita também melhor desenvolvimento técnico em termos de formulação (em nível federal) e de capacidade de implementação (em nível estadual e municipal). E o SIAB, por sua vez, é um sistema de informação bastante complexo que oferece dados que possibilitam monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, essa potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema. Por esse motivo, está sob revisão, para que seja capaz de monitorar o conjunto de ações desenvolvidas em unidades de atenção básica, sejam elas referidas a equipes PSF ou não.

Em resumo, a necessidade de instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB em nível local é confirmada pela revisão da literatura disponível e dos instrumentos governamentais existentes.

Metodologia

O estudo foi realizado no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro, que foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso, por ser de médio porte, com uma população diversificada e por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica no desenvolvimento da atenção básica. O PSF funciona no município em algumas localidades há cerca de seis anos, sendo que atualmente está em processo de expansão com novas equipes sendo implantadas; e as unidades básicas tradicionais funcionam regularmente em todo o município há algumas décadas. Os serviços públicos de atenção básica atendem a cerca de 75% dos estratos mais pobres da população que não possuem planos privados de saúde (PAHO, 2000). Além disso, as autoridades municipais na área de saúde foram muito receptivas à avaliação proposta pela pesquisa.

A metodologia foi elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Esses instrumentos e a metodologia proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus. Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram avaliar as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (Shi *et al* 2001).

A aplicação da metodologia teve como objetivo estabelecer a sua validade, aperfeiçoar os instrumentos, adaptando-os à realidade brasileira, testar sua aplicação, comparar as respostas dos informantes-chave com os dados secundários existentes, coletados rotineiramente, e aqueles obtidos a partir de uma enquete com os usuários dos serviços de AB. Embora a metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido utilizada no contexto brasileiro.

A pesquisa foi realizada em duas etapas.

Primeira etapa:

Foram elaboradas duas versões do instrumento (questionário), traduzidas do espanhol para o português e adaptadas à realidade brasileira: uma para uso com os informantes-chave das unidades de atenção básica e a outra para os informantes-chave da SMS. Cada instrumento contém cerca de 90 perguntas específicas sobre as dimensões essenciais da atenção básica (92 o de profissionais e 94 o dos gestores). Cada uma das perguntas corresponde a indicadores de atenção básica utilizados nas pesquisas e experiências internacionais sobre esse nível de atenção. Construiu-se um indicador geral para cada uma das oito dimensões da atenção básica mencionadas anteriormente. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originais do questionário PCAT, para melhor refletir o contexto brasileiro, como por exemplo, a lista de serviços oferecidos na atenção básica, que está voltada para as prioridades da política e o perfil epidemiológico da população do Brasil.

O entrevistado respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades pre-estabelecida, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. As respostas foram então analisadas individualmente e também por tipo de unidade (do PSF ou Unidade Básica Tradicional – UBS). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre unidades (PSF e UBS tradicional) e entre entrevistados (profissionais e gestores) (ver questionários no Anexo VIII).

Segunda etapa:

Foi feita a tradução do inglês para o português do instrumento do *Primary Care Assessment Tool-PCAT* voltado para a enquete de usuários dos serviços de atenção básica e a adaptação das perguntas à realidade nacional e local. Registra-se que o instrumento original do PCAT para usuários dos serviços é constituído de dois questionários separados – um para adultos e outro para os pais das crianças atendidas (ou acompanhantes).

Para tentar simplificar o instrumento, nesta pesquisa utilizou-se um único questionário, com perguntas referentes a três grupos – usuários adultos, acompanhantes de crianças e acompanhantes de idosos ou incapacitados – o que se mostrou problemático, como veremos mais adiante. A recomendação explícita, depois da realização do trabalho de campo, foi a de utilizar dois questionários diferentes – um para os acompanhantes (de crianças, idosos ou incapacitados) e outro para usuários adultos.

O questionário para usuários contém cerca de 100 perguntas, a maioria delas utilizadas também no questionário para profissionais e gestores de saúde, nas mesmas dimensões essenciais da AB, mas incluiu também algumas perguntas sobre demografia e saúde do usuário, resultando em um total de 107 perguntas no questionário para adultos e 110 no questionário para os acompanhantes. Os dados demográficos e socioeconômicos foram incluídos para poder cruzar as informações com aquelas oriundas da experiência do usuário no momento da atenção. Alguns indicadores foram revistos ou modificados para melhor refletir a realidade nacional. Como na primeira etapa, às respostas a cada pergunta atribui-se um valor entre zero e cinco. Mas foram adicionadas duas novas opções – “não sabe” e “recusa responder” – para captar todas as possibilidades nas entrevistas com usuários dos serviços (ver questionários no Anexo VIII).

Finalmente, várias técnicas foram empregadas para explicar a escala de respostas e facilitar a entrevista. Para cada entrevistado (seja usuário, profissional, supervisor ou gestor) foram explicadas as diferentes opções para responder, mostrando-se um cartão com as respostas graficamente representadas, identificando-se que era igual a distância relativa entre cada resposta. Os entrevistadores também explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um valor numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondeu ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica de sete dias. Além dessas respostas, existiam também as opções “recusa” e “não sabe”, que foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “missing”). Menos de 5% das perguntas tinham essas respostas.

Da mesma forma que anteriormente, as respostas de cada usuário foram somadas e o valor médio de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Estas respostas foram analisadas individualmente e também segundo o tipo de unidade de atendimento (PSF ou UBS tradicional). O fato das perguntas e escalas serem iguais para cada usuário(a), profissionais nas unidades, supervisores e gestores do sistema entrevistados(as) facilitou a comparação entre diferentes tipos de organização de serviços e diferentes fontes de dados.

A seleção dos entrevistados foi diferente em cada uma das etapas da pesquisa.

Na primeira etapa, existem dois grupos de respondentes: o primeiro foi constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que responderam ao questionário sobre a unidade na qual trabalham (PSF ou UBS tradicional); o segundo, pelos gestores da SMS e supervisores dessas unidades. As unidades foram identificadas a partir do censo das unidades de saúde do Município de Petrópolis (unidades do PSF, postos e centros de saúde tradicionais). O médico ou enfermeiro foi entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal foram selecionados entre os gestores e supervisores do PSF e das UBS tradicionais que tivessem pelo menos cinco anos de experiência na SMS de Petrópolis. Os informantes-chave responderam ao questionário em nível da gestão do município. Todas as entrevistas foram realizadas por um dos pesquisadores e duraram menos de 20 minutos.

Na segunda etapa – enquete com usuários dos serviços – o universo de estudo foi constituído por todos os usuários adultos dos serviços públicos de atenção básica ou acompanhantes adultos de crianças ou incapacitados, também usuários dos serviços. A unidade da amostra foi constituída pelas unidades, postos e centros de saúde públicos que prestam atenção básica à população de Petrópolis. Como já havia informações sobre as dimensões da atenção básica em todas as unidades do município (40 unidades), pela realização da primeira etapa da pesquisa, foram selecionados usuários dessas unidades para informar sobre a sua experiência na atenção, tendo como pré-requisito ter recebido algum atendimento anteriormente na unidade. Assim, foram selecionados aleatoriamente, na fila de atendimento em cada unidade, entre os usuários agendados ou não, 12 pessoas de cada serviço para serem entrevistadas. A amostra final incluiu 468 pessoas.

Foi realizado o treinamento de três entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim e que já possuíam experiência com enquetes populacionais na área de saúde. O treinamento incluiu a discussão dos objetivos do questionário; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento, questões éticas da pesquisa e o correto preenchimento das respostas; e os critérios de seleção dos usuários a serem entrevistados para que fosse garantida a aleatoriedade da amostra. A técnica para definição dos entrevistados constituiu na escolha, na fila de espera da unidade, a partir de uma tabela de números aleatórios. Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistadores receberam a lista de unidades e o número aleatório da amostra para cada uma. Ao chegar à unidade, os entrevistadores identificavam o começo da fila e começavam entrevistar a enésima pessoa na fila, segundo o número aleatório correspondente. Quando terminavam a entrevista passavam para a próxima enésima pessoa na fila. Para obter maior representatividade da

população nos usuários entrevistados cada unidade foi visitada duas vezes, em dois dias consecutivos.

Também integrou o treinamento um pré-teste feito com os próprios pesquisadores e o pré-teste final do instrumento, após os ajustes e sugestões de modificações que surgiram durante o treinamento, que foi realizado com usuários do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, da ENSP/FIOCRUZ.

Plano de análise

Um dos objetivos da pesquisa foi testar e validar uma metodologia de avaliação rápida que permitisse uma visão crítica da organização e do desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal. Para tal, foram construídos índices compostos que correspondem às oito dimensões da atenção básica consideradas essenciais e selecionadas para avaliação nesta pesquisa.

Os índices compostos foram construídos como descrito a seguir. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existiam seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções foram iguais para cada tipo de entrevistado (profissional de saúde na unidade, supervisor/gestor e usuário). Cada resposta (“nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”; “muitas vezes” “quase sempre” e “sempre”) foi então convertida em um *score* ou escala, que variou entre 0 e 5. O *score* “0” correspondeu à resposta “nunca”, “1” correspondeu à resposta “quase nunca” etc. Depois, os *scores* dos indicadores foram somados para construir um índice composto para cada dimensão da AB. Por exemplo, todos os *scores* das perguntas sobre acesso foram somados e a média dessa soma representou o índice composto “acesso”. Esse processo foi seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da AB. Finalmente, foi criado um índice composto total, que é o resultado da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total na atenção básica.

Outro objetivo da pesquisa foi validar a metodologia de informantes-chave *vis a vis* a triangulação com outras fontes de dados (dados secundários e entrevistas com usuários), avaliando a concordância e discordância entre diferentes fontes.

Para a validação dos dados coletados a partir dos informantes-chave foram empregados vários mecanismos, incluindo: **a)** determinação das propriedades do instrumento (tais como consistência entre itens e análise de fatores); e **b)** utilização de técnicas qualitativas (triangulação) e quantitativas para medir a validade dos dados coletados com os dados obtidos dos informantes-chave.

Foram utilizados vários testes para a construção e validação dos instrumentos: auto-avaliação do informante (na primeira etapa), consistência entre itens (técnica de Cronbach's alpha), análise de fatores e regressão logística multivariada (*Odds Ratio*, na segunda etapa). O teste de X^2 foi realizado para detectar as diferenças entre os tipos de unidades e entre as diversas fontes de informação (por exemplo, usuários *versus* profissionais nas unidades). Para a segunda fase da pesquisa, o teste-F foi empregado em vez do teste X^2 , pois a amostra dos usuários foi uma amostra por conglomerados e, por isso, foi necessário ajustar os desvios-padrão para o agrupamento dos entrevistados nas unidades.

Além desses, outros mecanismos foram utilizados também para assegurar a validade das respostas. Em primeiro lugar, todo informante-chave foi selecionado segundo seu cargo atual, o número de anos que trabalha na municipalidade pesquisada e suas credenciais profissionais. Segundo, vários informantes-chave foram selecionados para informar sobre o mesmo município, permitindo avaliar a concordância interavaliador. E terceiro, todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas. Ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas foi extraída de dados previamente existentes e que porcentagem foi unicamente devida à opinião/experiência pessoal do informante.

Finalmente, os resultados dessa sondagem foram cotejados com dados já existentes, estudos de caso, relatórios e outros documentos disponíveis para comparar e avaliar a validade das respostas apresentadas pelos informantes. Esse processo de “triangulação” (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas.

Resultados, conclusões e recomendações

A análise dos dados incluiu: a) construção de um perfil da atenção básica no Município de Petrópolis, com base nos dados secundários; b) comparação das respostas das diferentes fontes de dados (profissionais nas unidades, gestores/supervisores e usuários dos serviços); c) análise do desempenho das unidades de atenção básica no município; d) análise da percepção dos usuários sobre a atenção recebida em relação à percepção sobre seu estado de saúde, controlada por outros determinantes da saúde; e) apresentação à equipe da SMS dos resultados das entrevistas com os profissionais, os supervisores e gestores, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais); f) apresentação dos resultados da enquête populacional com os usuários à equipe da SMS e aos profissionais das unidades, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais) e a comparação entre as distintas fontes de informação; e g) validação dos instrumentos e da metodologia usando técnicas estatísticas.

A aplicação da metodologia de avaliação demonstrou que os instrumentos (questionários) elaborados nesta pesquisa são capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços da atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para melhorar a organização e o desempenho desse nível de atenção no município.

As ferramentas testadas com os informantes-chave (profissionais, supervisores e gestores) foram aplicadas de forma rápida (menos de 20 minutos por entrevista). E o uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades.

A apresentação dos resultados da primeira etapa (entrevistas com informantes-chave) aos gestores, em reunião realizada em Petrópolis em agosto de 2003, provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores da SMS, do PSF e os das unidades tradicionais, que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiu-se ainda a inconveniência de “acabar” com as unidades tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, numa área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

Em relação à enquete com os usuários dos serviços de atenção básica, confirma-se a hipótese de que é um valioso instrumento para detectar sejam fortalezas sejam debilidades das unidades, além de permitir comparar as avaliações dos usuários com as dos profissionais que trabalham nos serviços, as dos supervisores e gestores, como apresentado nos resultados. Ainda que sua realização exija maior esforço técnico, as entrevistas podem ser aplicadas em cerca de 20 minutos. A enquete com os usuários dos serviços permite refinar a avaliação anterior, feita com os gestores e profissionais.

A comparação entre as diferentes fontes de dados permite ainda identificar aquelas unidades cujo desempenho parece ser melhor em relação às demais, assim como aquelas práticas operacionais que, aparentemente, funcionam melhor. Da mesma forma, indicam também a necessidade de maior aprofundamento da análise e avaliação em serviços ou dimensões específicas.

Nessa perspectiva, alguns “êxitos” alcançados pelo sistema de atenção básica de Petrópolis podem ser assinalados, assim como alguns dos principais desafios.

Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos). Por outro lado, existem desafios importantes a serem superados, sobretudo no que diz respeito ao acesso, porta de entrada, elenco de serviços e coordenação.

As principais conclusões da pesquisa podem ser resumidas como se segue.

1. A aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de atenção básica do município, assim como alguns dos principais problemas de organização e desempenho.
2. Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas dos profissionais das unidades em 45% dos casos no PSF e 67% dos casos nas UBS tradicionais e ambulatoriais. Esse resultado não seria o esperado, uma vez que o PSF possui um sistema de informação específico.
3. Existem diferenças entre a percepção dos usuários sobre a atenção que recebem e a opinião dos gestores sobre o desempenho das unidades. Isso sugere a necessidade de uma maior aproximação entre gestores e a população. E as entrevistas com os usuários identificaram alguns **pontos fortes** do sistema AB em Petrópolis, tais como o estabelecimento de razoável vínculo entre profissionais e usuários; e um bom desempenho dos profissionais de saúde.
4. Segundo os profissionais e gestores, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e gestão; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Já em relação ao vínculo o índice é muito alto, seja nas unidades do PSF, seja nas UBS tradicionais.
5. Segundo os usuários, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, vínculo, elenco de serviços e formação dos profissionais; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade.
6. Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação considerável no desempenho das unidades. Em geral, as unidades do PSF tiveram valores maiores do que as UBS; entretanto algumas UBS tiveram desempenho igual ou superior a algumas unidades PSF. Essa variação entre as unidades (PSF ou

UBS tradicional) indica que algumas estão melhores que outras, o que sugere a **possibilidade de melhora**, a partir de intervenções específicas.

7. O índice composto total da AB está correlacionado com a auto-avaliação de saúde segundo a percepção dos usuários, controlando por outros determinantes da saúde. Isso pode sugerir que uma boa experiência na AB, seja no PSF ou na UBS, é importante para melhores níveis de saúde da população. Entretanto, essa hipótese deve ser comprovada com estudos longitudinais.

Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluiu-se que:

1. O questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para monitoramento e avaliação **rápida** das mudanças organizacionais da AB, pela própria SMS, e pode ser aplicado (ou autopreenchido pelos profissionais, gestores e supervisores) em cerca de uma semana.
2. A utilização de um único questionário para a enquete de usuários (pacientes e acompanhantes) trouxe alguns problemas. Sendo assim, foi elaborado um questionário específico para acompanhantes, a partir do já existente e utilizado na pesquisa, a ser aplicado em separado.
3. O processo de validação (comparação de fontes, análises estatísticas tais como análise de fatores, *Cronbach's alpha* e triangulação com dados secundários) sugere que a metodologia de avaliação da AB utilizada nesta pesquisa é **válida** para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta ainda vários desafios, como: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, melhorar elenco de serviços e a a coordenação, aumentar a orientação para a comunidade e fomentar a participação comunitária.

A apresentação dos resultados finais da pesquisa à SMS de Petrópolis, em agosto de 2004, realizada em duas etapas – uma para o *staff* da SMS, supervisores e gestores com cargo de coordenação, além da então secretária municipal de saúde; e outra para todos os profissionais que trabalham na rede de atenção básica (cerca de 100 profissionais), além de pesquisadores da Universidade e representantes do Ministério da Saúde – foi um interessante momento de debate, onde não apenas os achados da pesquisa foram referendados e reconhecidos como verdadeiros pelo próprio pessoal local, por exemplo, em relação às unidades com melhor ou pior desempenho, mas também os instrumentos foram considerados válidos e passíveis de utilização pela equipe local. Ao mesmo tempo, a então secretária municipal de saúde manifestou interesse em que a pesquisa

pudesse continuar avaliando outros níveis de atenção no sistema de saúde do município, na perspectiva de apoiar a sua reorganização e melhorar o atendimento às demandas de saúde da população.

Por fim, identificam-se algumas limitações da pesquisa que, entretanto, não invalidam seus resultados. Entre elas, destacam-se:

1. Informantes-chave: o número de profissionais entrevistados na primeira fase foi definido pelo número de unidades, escolhendo-se os informantes-chave em cada serviço, como mencionado. Isso possivelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre os serviços, dado o número pequeno de unidades no sistema de atenção básica no município.
2. Temporalidade das respostas: as entrevistas foram realizadas durante uma época particularmente difícil para o município, em que houve mudança de dirigente da SMS e falta de insumos para a atenção, como por exemplo, falta de medicamentos para controle de hipertensão, e isso talvez tenha influenciado negativamente algumas respostas. Entretanto, essa situação pode ocorrer com qualquer avaliação; e problemas com logística, falta de insumos ou dificuldades na atenção afetam o desempenho dos serviços. Mas, exatamente para detectar esses problemas é que a pesquisa foi desenhada.
3. Generalização de resultados: os resultados obtidos em Petrópolis são limitados à experiência desse município e, portanto, não podem ser generalizados. Entretanto, o que pode ser repassado para os demais municípios é a pertinência do uso dessa metodologia para avaliar a organização e desempenho dos serviços de atenção básica.
4. Perfil da rede de AB: o perfil da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, assim como a avaliação organizacional e de desempenho, está incompleto porque não foi possível incluir informantes-chave que trabalham no setor privado e a experiência dos usuários que utilizam esses serviços. Pesquisas futuras devem tentar incluir o setor privado para determinar se a oferta, organização e desempenho desses serviços é diferente do observado no setor público.
5. Correlações estatísticas: em relação à associação entre a experiência de atenção básica e o estado de saúde do usuário, mesmo se tratando de um grupo populacional constituído geralmente por indivíduos “doentes” as pessoas que responderam que tinham boa experiência nos serviços de atenção básica foram aquelas que mais freqüentemente informaram que seu estado de saúde era bom ou muito bom. Isso pode significar que a boa experiência do usuário com as unidades de atenção básica foi um fator importante para que ele respondesse que seu estado de saúde era

bom ou muito bom; ou então, o fato do usuário considerar que tem “boa saúde” pode significar também que a sua demanda de atenção básica é pequena e, sendo assim, sua experiência com a atenção recebida pode ser considerada boa. Nenhuma pesquisa transversal pode determinar a relação causa-efeito. Pesquisas futuras devem incluir elementos de avaliação longitudinal no desenho metodológico para testar essa relação.

I. INTRODUÇÃO

Desde os anos 90, o Brasil vem reformando seu sistema de saúde, a partir da definição de novas formas de financiamento e de reorganização da oferta de serviços. Nesse processo, a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vários fatores têm contribuído para essa priorização, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população serviços básicos que sejam mais acessíveis, equitativos e de melhor qualidade. Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994 – assim como o Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 1996) e atualizado com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS 2001 e 2002), como parte do processo de descentralização.

O PSF em particular vem sendo considerado como a estratégia prioritária do governo para a reestruturação não apenas da atenção básica, mas também do modelo assistencial, juntamente com o PAB, e apresentou um crescimento considerável. De 900 equipes em 900 municípios, em 1996 (Aguiar, 1998), passou para quase 5.000 equipes em 1.870 municípios, em 1999, e 10.025 equipes em 3.059 municípios, em 2000; e, em 2004, existiam mais de 19.943 equipes de saúde da família atuando em 4.565 municípios e mais de 188 mil agentes comunitários de saúde presentes em 5.175 municípios (Aguiar, 1998; MS, 2000; 2004). Segundo o MS, em 2004, o PSF atendia quase 60 milhões de pessoas, ou seja, cerca de 38% da população brasileira (Machado, 2004).

Entre as características inovadoras do programa incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance do programa nestas novas dimensões ainda são insuficientes (MS, 2003).

Daí o interesse em avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado na saúde da população dessas mudanças na organização de serviços em nível local.

O propósito desta pesquisa é contribuir para o processo de desenvolvimento e utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho

do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica em nível local. Pretende-se proporcionar mecanismos de medida regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando problemas, dificuldades e os elementos da organização e desempenho do sistema que produzem maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população. Nesse sentido, a pesquisa complementa outras atividades de avaliação que têm sido levadas a cabo pelo Ministério da Saúde por outros centros de pesquisa e organizações nacionais e internacionais.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi testar, num município específico – Petrópolis, Rio de Janeiro – uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS. Esta metodologia utiliza diferentes fontes de dados – secundários e rotineiros, informantes-chaves (profissionais e gestores) e usuários dos serviços – para medir aspectos críticos desses serviços em nível municipal.

Os objetivos específicos foram:

1. Adaptar uma metodologia para medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) em nível municipal e aplicá-la no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro.
2. Adaptar e aplicar os instrumentos específicos para o levantamento de dados, utilizando informantes-chave (entrevistas com profissionais de saúde nas unidades de AB; e com gestores e supervisores da Secretaria Municipal de Saúde–SMS) e enquete populacional (com usuários dos serviços de AB).
3. Comparar os diferentes pontos de vista desses distintos atores, a partir dessas fontes de dados.
4. Validar a metodologia de uso de informantes-chave para a avaliação rápida, organizacional e de desempenho, dos serviços de atenção básica em nível local.
5. Elaborar um perfil dos serviços de atenção básica no Município de Petrópolis, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs).

Espera-se que essa metodologia possa ser aplicada, futuramente, a um número maior de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica em nível nacional.

II. MARCO TEÓRICO

Nas últimas décadas, de maneira geral, todos os países vêm reformando seus sistemas de serviços de saúde, orientados por objetivos de alcance de maior eficiência, equidade e qualidade na atenção, sendo que novos modelos e paradigmas de reforma vêm sendo difundidos mundialmente. Na América Latina, esses processos têm sido particularmente importantes, pois ao mesmo tempo em que estão vinculados às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, são concomitantes ao aumento impactante da pobreza e das desigualdades, *pari passu* à deterioração das instituições públicas, exacerbadas exatamente por essas mesmas políticas (Fanelli *et al*, 1992; Hoeven & Stewart, 1993; Cominetti, 1994). Paralelamente, assistimos a mudanças muito mais radicais dos sistemas de saúde, com resultados pífios em relação ao preconizado pelas agendas de reforma, ou mesmo piora das condições previamente observadas (Almeida, 2002 a e b). Mais recentemente, esses resultados tem levado à formulação de estratégias que apontem para a reconstrução de sistemas de saúde mais equitativos e com serviços de melhor qualidade (Infante, 2000).

A atenção básica em saúde tem desempenhado papel de destaque nessas reformas contemporâneas. Inicialmente pensada numa perspectiva restrita, como uma forma de diminuir o gasto hospitalar, particularmente alto em todos os sistemas de saúde, vem sendo retomada de forma mais ampla, voltada para a “reversão do modelo assistencial”, excessivamente centrado na assistência médica, e recomenda-se que deve fazer parte integral das estratégias de desenvolvimento econômico e social (World Bank 1993; WHO 2001a). Entretanto, o impacto da atenção básica no alcance desses objetivos não foi sistematicamente investigado. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978) existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo (Hill *et al* 2000).

A discussão recente sobre a avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, explicitando-se claramente as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias (PAHO, 2001a). No que toca à atenção básica, a avaliação se enfrenta com o problema adicional de que não existe consenso na literatura sobre uma definição, tendo sido conceituada de forma diferente, no tempo e no espaço.

Assim, em 1978, na Declaração de Alma Ata, a atenção primária foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de “Saúde para todos no ano 2000” (Assembléia Mundial da Saúde, 1977) e definida como:

A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país ... É função central dos sistemas de saúde de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade ... É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, tradução livre)¹.

Esse enfoque interrelacionava pelo menos dois significados: uma prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando e evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças, quebrando os ciclos perversos produtores das enfermidades; e um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária, que se estendia para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços etc. (Walt, 1994; Almeida, 1995).

A proposta da Atenção Primária, promovida também pela UNICEF, conjuntamente com a OMS, foi acolhida entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de forma muito mais cautelosa no mundo central.

Posteriormente, esse significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica, sendo que, para alguns autores, se refere a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (Vuori, 1985).

A relação melhor conhecida entre atenção básica e o resto do sistema de saúde é o sistema de referência e contra-referência entre esse nível e a atenção especializada ou

1 “Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain... It forms an integral part of the country's health system...and of the social and economic development of the community. It is the first level of contact on individuals, the family and community...bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process” (WHO, 1978:1).

hospitalar, sendo que o principal objetivo da atenção básica seria de “porta de entrada” no sistema de saúde, sobretudo nos países mais ricos, numa perspectiva de racionalizar custos e diminuir a sobre-utilização dos serviços especializados e mais caros; ou seja, o acesso dos usuários aos serviços especializados e hospitalares só seria garantido a partir de uma referência formal do nível básico, exceto em casos de urgência ou emergência. Na prática, existe pouca evidência de que sistemas que empregam a atenção básica como porta de entrada de fato tenham custos mais baixos do que outros sistemas com livre acesso aos serviços especializados ou hospitalares (Delnoij *et al.*, 2000).

Por outro lado, o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema pode ser justificado também com base nos princípios da vigilância epidemiológica. Um sistema integrado de atenção básica deveria resolver a maioria dos problemas de saúde da população e referir para os demais níveis apenas aquela parcela dos usuários dos serviços básicos, que “realmente” tem “necessidade” da atenção especializada. Assim, o “valor preditivo positivo” da atenção especializada seria melhorado porque a população atendida (referida pela atenção básica) teria uma prevalência elevada de doença, diferente da população geral. Essa “triagem”, efetuada pelo nível básico, seria particularmente importante para evitar intervenções especializadas desnecessárias, mais caras, ou que podem até provocar efeitos adversos ou indesejáveis.

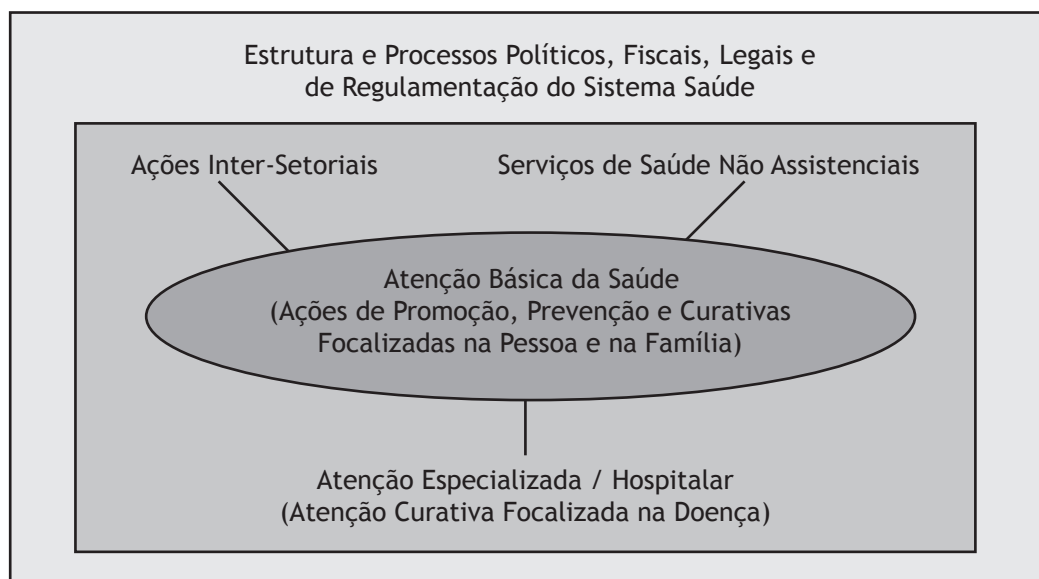
Além dessa relação com os níveis de maior complexidade, a atenção básica também tem uma interface com os serviços de saúde não assistenciais, tais como programas de vigilância sanitária, de controle de vetores, de saneamento ou de educação em saúde nas suas várias modalidades (empregando a mídia, entre outros mecanismos). Esses programas podem ou não ser organizados pela mesma entidade responsável pela prestação ou financiamento da atenção básica ou pelo setor saúde. Não obstante, a atenção básica tem relação com esses programas, uma vez que eles contribuem para diminuir as causas de doenças na população, mudar o comportamento das pessoas e das comunidades em relação à saúde, ou mesmo aumentar a demanda para os serviços de saúde.

Essa noção da atenção básica reconhece papel importante da participação da comunidade na melhora de suas condições de vida, mas admite também que entidades externas ao sistema saúde podem ser as principais responsáveis no desenvolvimento dessas ações. Em síntese, se a atenção básica for limitada somente à provisão de serviços individuais de saúde, não teria possibilidade de influir nas outras condições políticas, sociais, econômicas e ambientais que integram o desenvolvimento humano sustentável.

Neste trabalho, elaboramos um modelo teórico (ou uma representação) da atenção básica que tenta incorporar essas diferentes dimensões (Figura 1). A ênfase está posta

nas características e funções essenciais da atenção básica e nas suas relações com os outros elementos do sistema de saúde e demais setores relacionados, definido de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde como *todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde* (WHO 2000:5). Esse modelo pode ser utilizado para descrever qualquer unidade de atenção básica, seja pública, privada ou não governamental.

Figura 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo



No meio do círculo, na Figura 1, a atenção básica é composta pelas ações de promoção, prevenção e cura, centradas na pessoa, na família e na comunidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Incluem-se aí serviços básicos de assistência médica, como o tratamento cotidiano da maioria das doenças agudas, crônicas e traumatismos mais comuns; controles pré-natais e outros; vacinações; visitas domiciliares; planejamento familiar; educação em saúde; nutrição e atenção a problemas não graves de saúde mental, entre outros. Entretanto, a atenção básica tem uma abrangência maior do que o mero fornecimento de serviços de assistência médica, inter-relacionando e integrando outras dimensões funcionais do sistema de saúde e de outros setores, representadas pelas linhas que irradiam do círculo central e estabelecem as conexões assinaladas. Ao conectar a atenção básica com outras ações intersetoriais o que se propõe é que ela possa influir nas demais ações necessárias para as mudanças nos determinantes não biológicos da saúde, sem ser a responsável direta pela execução dessas atividades, que podem ser concebidas, financiadas e implementadas por outros níveis de atenção do sistema de saúde ou outros setores, como os de educação, saneamento,

meio ambiente ou desenvolvimento econômico. Por outro lado, a atenção básica deve ser responsável pela criação e manutenção da inter-relação entre esses níveis ou setores e a saúde das populações. E o grau de participação da atenção básica nessas ações vai variar segundo o elenco de ações desenvolvidas e a disponibilidade de recursos.

Devido à tendência mundial à descentralização e privatização de serviços públicos de saúde, atualmente muitas das ações originalmente pensadas em Alma Ata como parte da atenção primária estão sendo desenvolvidas por organizações não governamentais ou empresas privadas que, na maioria dos casos, não tem relação formal com o setor saúde (WHO 2001b). Isso justifica a definição da atenção básica pelas funções que cumpre, sendo que essas definições funcionais também são úteis para avaliar os determinantes da saúde que podem ser mais especificamente enfrentados pelos serviços de saúde. Historicamente, as próprias definições de atenção básica dificultaram a medida do seu impacto na saúde da população (Starfield, 1992; 2003). Para Starfield, esse desafio pode ser superado pelo exame dos elementos estruturais e processuais da atenção básica.

Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária – acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. É necessário pelo menos um dos quatro elementos estruturais e pelo menos um dos dois elementos processuais para medir o potencial e alcance de cada um dos atributos da atenção primária (desempenho), que são: porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços e coordenação (Starfield, 2003).

Nessa perspectiva Barbara Starfield elaborou a seguinte definição de atenção primária:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária... A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (Starfield, 2003:28).

É desejável combinar a definição orientada aos serviços de saúde, de Starfield, com uma noção mais ampla de atenção básica que reflita o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, como concebido para os países em desenvolvimento.

Pesquisas internacionais demonstram que sistemas de saúde que são organizados levando em consideração as dimensões descritas acima estão, geralmente, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário (Berman 2000; Bindman *et al*, 1996; Boerma & Fleming, 1998; Bunker, 2001; Casanova & Colomer, 1996; Starfield, 1994), assim como com melhor saúde da população, mesmo nas análises controladas por outros determinantes como PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool (Macinko *et al*, 2003).

O Ministério da Saúde brasileiro definiu a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (Ministério da Saúde, 1999). Esta definição inclui alguns elementos da definição de atenção primária elaborada por Starfield, tais como a porta de entrada e elenco de serviços. Mas outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária, não são consideradas.

III. UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A provisão de serviços de atenção básica é uma prioridade da política nacional de saúde no Brasil desde meados dos anos 90 (Levcovitz *et al.*, 2001; Almeida 2000; Almeida, *et al.* 1999; Lucchese, 1996). Em 2001, aproximadamente US\$ 1.8 bilhões (do governo federal, dos estados e municípios) foram gastos nos programas especiais – Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – quantidade que representa quase a quarta parte de todos os gastos nacionais em saúde; e 95% dos provedores de atenção básica foram financiados com recursos públicos (World Bank, 2002). Para 2004, a previsão do governo era alocar mais de R\$ 2 bilhões no Piso de Atenção Básica (PAB). Além disso, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) pretende executar US\$ 550 milhões ao longo de seis anos (2003-2009) (PROESF, 2004).

Várias pesquisas sobre a atenção básica vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Na revisão da literatura realizada neste estudo, a maioria desses trabalhos aporta mais elementos de diagnóstico da situação do que resultados de avaliações em profundidade dos serviços ou programas de atenção básica, e menos ainda análises de desempenho.

Em termos muito gerais, pode-se identificar quatro tipos de pesquisas: 1) estudos de caso, incluindo teses de doutorado ou mestrado, sobre a implementação de um programa específico ou política de atenção básica; 2) grandes pesquisas sobre a implementação do PSF em vários municípios (que é a maioria); 3) pesquisas sobre o funcionamento de um serviço ou processo de trabalho na atenção básica, como trabalho em equipe ou atendimento para uma doença específica; e 4) análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção básica ou de programas específicos (principalmente o PSF). Apresentamos a seguir uma breve resenha desses trabalhos.

Svitone *et al.* (2000) apresenta uma avaliação das experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará. A implementação do programa foi associada a mudanças positivas no comportamento da população em relação à saúde, melhora nos indicadores de saúde e aumento da participação comunitária com repercussão no processo de desenvolvimento da comunidade. Os autores observam que desde a implementação do PACS o estado apresentou um decréscimo na taxa de mortalidade infantil e aumento na cobertura de vacinações; mas também identificam barreiras no processo de utilização de serviços de atenção médica e outras intervenções que não são cobertas pelos agentes.

A pesquisa não incluiu grupos-controle, mas examina a tendência nos indicadores nos últimos 10 anos. Entre as características do programa associadas com a melhora nos indicadores de saúde incluem-se: ênfase da participação comunitária na identificação de problemas e na gestão do programa; utilização de mapas da comunidade e a adscrição da população a serviços definidos; foco na família; implementação de visitas domiciliares; e atenção ao primeiro contato. E os seguintes fatores são considerados desfavoráveis ao êxito do programa: deficiência dos mecanismos de referência e contra-referência, barreiras no acesso e utilização dos serviços médicos e as próprias condições socioeconômicas e ambientais da população adscrita ao programa.

Assunção *et al* (2001), por sua vez, avaliou a adequação das unidades de atenção básica no atendimento e acompanhamento de portadores de diabetes em Pelotas, Rio Grande do Sul. O diabetes é um traçador importante para avaliar a qualidade da atenção básica, uma vez que o paciente portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação e educação para a saúde. Além disso, quando o atendimento é adequado a doença pode ser controlada. O estudo de corte transversal examinou 32 clínicas, 61 médicos e 378 pacientes. Os autores constataram que 50% dos pacientes tinham níveis de glicemia elevados e somente em 6 a 11% deles a doença foi considerada adequadamente controlada. A partir desses resultados, os autores concluíram que a qualidade da atenção básica para essa doença não era de boa qualidade e sugeriram que a melhora dessa situação poderia ser conseguida com maiores investimentos no treinamento dos profissionais (inclusive médicos) e em infra-estrutura dos serviços.

Outros autores examinaram a preferência das mulheres pelos serviços de atenção básica fornecidos pelo setor privado, em detrimento do SUS. Assim, Behague *et al* (2002) realizou uma pesquisa etnográfica em Pelotas sobre as percepções de usuárias das clínicas privadas sobre a qualidade da atenção, comparando-as com uma análise técnica da qualidade do serviço. Os achados da pesquisa informam que as mulheres valorizam mais positivamente a atenção que recebem nos serviços privados do que aquela prestada no SUS, mesmo quando esses serviços foram avaliados de pior qualidade técnica. Curiosamente essa mesma percepção foi prevalente também entre os médicos do SUS. Os autores concluíram que a preferência pela atenção privada está relacionada parcialmente à idéia de que este subsetor tem melhores instalações e tecnologia disponível.

Dantos *et al* (2000), por sua vez, numa pesquisa de corte transversal, entrevistaram 400 mulheres no período pós-parto, perguntando sobre o atendimento recebido durante a gravidez, tipos de controles que realizaram e as razões para a escolha do lugar de atendimento no acompanhamento pré-natal. Cinquenta e um por cento das mães receberam

atendimento num posto de saúde do SUS, sendo que as mulheres mais pobres foram as que tiveram maior probabilidade de atendimento numa unidade pública de saúde. A razão principal para a escolha de um posto de saúde do SUS foi à proximidade da casa da usuária; e a razão principal para o não uso dos serviços públicos (postos de saúde) foi a percepção de baixa qualidade da atenção. Em relação à qualidade do atendimento, os autores encontraram diferenças entre os dois tipos de unidades – pública e privada. As mulheres atendidas pelas unidades do SUS informaram ter recebido menos suplementação de ferro, ter realizado menos consultas médicas e menos exames complementares com uso de tecnologia mais sofisticada, quando comparadas com as atendidas nas clínicas privadas. Entretanto, tiveram maior probabilidade de receber número adequado de vacinações contra tétano do que as mulheres atendidas nas clínicas privadas.

Santos *et al* (2000) avaliaram a assistência à saúde da mulher e da criança no estado do Rio de Janeiro. Numa amostra de conveniência eles encontraram uma subutilização de serviços de atenção básica, sobretudo nos controles para câncer de mama e de útero, e um baixo número de visitas pós-parto. Porém, como a amostra não foi aleatória não é possível generalizar os resultados para o resto da população.

Wayland *et al* (2002), por sua vez, realizaram uma pesquisa qualitativa sobre participação comunitária onde foram comparadas experiências no Brasil e na Bolívia: entrevistaram membros da comunidade, profissionais de saúde e gestores do sistema sobre as suas concepções a respeito da “comunidade”. Constatou-se que cada informante tinha uma idéia diferente sobre o que seria a “comunidade” e o autor demonstrou que podem existir diferenças importantes entre o entendimento dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços sobre o conceito da participação comunitária e o papel apropriado da comunidade na promoção da saúde.

Várias pesquisas foram realizadas, também nos últimos anos, sobre o Programa de Saúde da Família (PSF). Goulart (2003) analisou as políticas da implantação do PSF em cinco municípios. O autor constatou que entre os fatores que favorecem o desenvolvimento do PSF nos municípios examinados se incluem: 1) capacidade de liderança política e do setor saúde, sobretudo no processo de tomada de decisão; 2) formação e qualificação técnica das equipes de profissionais que atuam no programa; 3) base ideológica favorável ao programa e “empreendedora”, associada a uma certa característica de “militância pró-PSF” no município; 4) existência de práticas sociais e políticas que vão além da noção médica de saúde; 5) investimento em padrões “efetivamente substitutivos” do modelo de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos “velhos regimes de práticas”; 6) desenvolvimento de inovações gerenciais; e 7) sustentabilidade financeira do programa.

Outra grande avaliação do PSF analisou dez centros urbanos e a metodologia se constituiu na realização de entrevistas com gestores do sistema e profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham nas unidades de saúde; e com uma amostra de usuários dos serviços (Ministério da Saúde, 2003). Os resultados dessa avaliação apontam oito principais recomendações:

1. Melhorar o processo de preparação para a implantação das equipes de saúde da família (ESF): ampliar a base de apoio para superar resistência política e burocrática, negociar com corporações médicas e de enfermagem, preparar material para difundir a importância das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
2. Seguir um processo de implantação mais lógico: evitar “implantação paralela” do PSF e formação de “ilhas” de população sem cobertura.
3. Diferenciar a situação nos grandes centros urbanos, que é distinta daquela encontrada nas áreas ou cidades menores e requer mais recursos: aumentar as faixas de financiamento do Ministério da Saúde segundo cobertura municipal do PSF, adaptar algumas unidades para abrigar maior número de ESF, reduzir o número de famílias adscritas por ESF, criar incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico.
4. Modificar várias práticas para melhor atender e atrair potenciais usuários: incentivar a participação de usuários de renda mais alta, modificar o horário de atendimento para possibilitar o acesso dos trabalhadores, considerar descrição por lugar de trabalho em vez de lugar de residência, melhorar estratégias de acolhimento.
5. Ajustar os serviços oferecidos nas unidades e também nas visitas domiciliares: considerar causas externas na educação em saúde, realizar coleta de material de exames nas próprias unidades, ampliar capacitação e responsabilidades das ESFs no acompanhamento de portadores de doenças crônicas.
6. Melhorar o sistema de referência e contra-referência: criar protocolos e mecanismos de comunicação, estabelecer meios que propiciem a referência para os serviços de emergência, criar um “segundo nível de complexidade de atenção básica” constituído por especialistas em algumas clínicas básicas, realizar investimentos necessários nas unidades de maior complexidade.
7. Estimular mais ações comunitárias e intersetoriais.
8. Aprimorar e aumentar o processo de capacitação para os profissionais das ESFs.

Uma avaliação realizada com os médicos e enfermeiros que trabalham no PSF construiu um perfil destes profissionais, identificando fatores comuns entre eles e áreas para

formação adicional (Ministério da Saúde, 2000). Os resultados principais desta avaliação são sintetizados a seguir.

Entre os médicos entrevistados observou-se que:

- 55,9% eram homens, tinham em média 39 anos de idade e 12 de formado, graduaram-se em escola de medicina de natureza pública (73,8%); 37,2% fizeram curso de residência médica (sendo a pediatria, a medicina geral comunitária e a gineco-obstetrícia as principais especialidades escolhidas); 39,5% fizeram outro curso de especialização; e 23,6% têm título de especialista.
- A maioria sentia necessidade de aprimoramento profissional, preferindo os cursos de capacitação de curta duração e os de especialização como forma de aprimoramento, sendo que 56,2% escolheram medicina interna, medicina geral comunitária e pediatria como área de atuação.
- 42,6% tinha tempo médio de trabalho no PSF de menos de um ano e 40,5% tinham contrato de trabalho temporário, carga horária de trabalho semanal de 35-40 horas, com renda média de cerca de US\$2.229,00; 45,5% possuíam outro vínculo empregatício no setor público e cerca de 20% já haviam atuado em PSF de outro município.
- 69,3% avaliavam as condições de trabalho como desfavoráveis e 67,9% consideravam a atividade profissional desgastante, mas a relação entre os membros da equipe era tida como boa ou excelente por 82,4% e o futuro do PSF é visto com otimismo por mais da metade desses profissionais.

Entre os enfermeiros entrevistados constatou-se que:

- 90,6% eram mulheres, têm em média 34 anos de idade e 8 de formadas e 70,7% graduaram-se em escola de enfermagem de natureza pública. Apenas 37,1% fizeram habilitação profissional nas especialidades de enfermagem em saúde pública, obstétrica ou médico-cirúrgica; e 35,5% fizeram um curso de especialização, sendo que 19,2% têm título de especialista.
- Também sentiam necessidade de aprimoramento profissional, sendo os cursos preferidos os de especialização e pós-graduação estrito senso (mestrado/doutorado), como forma de aprimoramento; e 33,5% trabalhavam na área de enfermagem em saúde pública e enfermagem em unidades de saúde.
- 44,0% atuavam no PSF há menos de um ano, sendo 38,9% com contrato temporário, carga horária de trabalho semanal de 35-40 horas e renda média de US\$1.123,00; 25,8% possuíam outro vínculo empregatício no setor público e 17,3% já haviam atuado em PSF de outro município.
- 62,0% avaliavam as condições de trabalho como desfavoráveis e 58,9% consideravam a atividade profissional desgastante, mas a relação entre os membros da equipe

era tida como boa/excelente por 83,2% e o futuro do PSF era visto com otimismo por mais da metade desses profissionais.

Existe ainda uma pesquisa que pretendeu conhecer e avaliar a opinião do gestor municipal sobre algumas dimensões consideradas importantes no PSF (Machado, 2000). Nesse estudo foram entrevistados cerca de 200 gestores de cidades de diferentes portes, em distintas unidades da federação de todo o país. Os principais resultados foram:

1. O PSF é considerado uma estratégia que conseguiu ser implementada principalmente nos municípios do interior do país, mais especificamente das cidades de menos de 50.000 habitantes das regiões Nordeste (Ceará e Pernambuco) e Sudeste (Minas Gerais e São Paulo).
2. A percepção do PSF, sob a ótica do gestor municipal, é positiva, pois, na sua visão, o Programa presta assistência de qualidade às famílias, possibilitará a mudança do modelo assistencial, com reorganização dos serviços, e permite o desenvolvimento de ações básicas/preventivas.
3. A equipe de saúde da família preconizada pelo Ministério da Saúde é considerada “ideal” pela maioria dos gestores. Entretanto, a metade deles refere que, dependendo da situação do município, um odontólogo e um assistente social deveriam ser incluídos na equipe.
4. As especialidades médicas consideradas fundamentais para o que o PSF se propõe são medicina interna, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à enfermagem, deveria contemplar principalmente profissionais com formação em saúde pública e enfermagem obstétrica.
5. Para melhor capacitação profissional, seja devido à deficiência da graduação ou porque existe dificuldade de se encontrar um profissional “generalista” no mercado, os gestores são favoráveis à criação de Cursos de Especialização em Saúde da Família e de Programas de Residência do tipo multiprofissional.

Segundo essa pesquisa, os avanços obtidos com o PSF *vis a vis* os desafios a serem enfrentados podem ser sintetizados como no Quadro 1.

Quadro 1 – Avanços obtidos com o PSF e desafios a serem enfrentados

Avanços	Desafios
<ol style="list-style-type: none"> 1. Maior acesso aos serviços de saúde 2. Melhoria na qualidade do atendimento 3. Atendimento de demanda organizada 4. Vínculo da equipe com a comunidade 5. Aumento da satisfação dos usuários 6. Trabalho em equipe 7. Maior resolutividade dos serviços de saúde 8. Assistência integral 9. Territorialização do atendimento 10. Tratamento domiciliar 11. Economia nas internações 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conseguir financiamento adequado que permita ampliação de cobertura 2. Melhorar a referência e contra-referência 3. Melhorar a disponibilidades de médicos 4. Desenvolver ações de avaliação e acompanhamento 5. Resolver o problema legal de contratação dos profissionais 6. Melhorar a capacitação dos profissionais 7. Diminuir a rotatividade de profissionais 8. Incluir novos profissionais na equipe 9. Superar dificuldade de deslocamentos 10. Enfrentar problemas quanto às diferenças salariais e baixos salários dos profissionais 11. Conseguir que o médico e o enfermeiro residam no município do PSF.

Fonte: Machado, 2000.

Uma outra pesquisa foi elaborada para analisar a evolução da implantação do PSF no Brasil (Vieira da Silva & Hartz, 2000). A estratégia metodológica utilizada foi realizar um *estudo ecológico* em municípios brasileiros que implantaram o Programa até dezembro de 2001. Para caracterização do perfil dos municípios foram constituídos quatro grupos, considerando-se o período de implantação do Programa: de 1994 a 1998, 1999, 2000 e 2001.

Os indicadores selecionados para esse estudo foram: a) situação socioeconômica e demográfica dos municípios (taxa de urbanização em 2000; taxa de alfabetização em maiores de 15 anos em 2000); b) Gestão e financiamento do SUS e complexidade da rede de serviços de saúde (percentual de municípios habilitados em gestão plena do sistema em 1999 e 2000; número de consultas médicas especializadas por habitante/ano; número de hospitalizações por local de ocorrência); c) Implantação do PSF (percentual da população coberta pelo PSF em 1998, 1999, 2000 e 2001; percentual da população coberta pelo PACS em 1998, 1999, 2000 e 2001).

Para a execução do projeto, foi desenvolvido um sistema informatizado que permite capturar e compatibilizar dados e indicadores provenientes de diversos sistemas de informação de saúde e criar bases de dados integradas. Segundo os autores, esta ferramenta, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), além de contribuir para a continuidade dos projetos de avaliação da implantação do PSF no Brasil, seria utilizada para atividades de ensino da instituição e disponibilizada para os gestores de saúde.

Os principais resultados da pesquisa incluem a constatação de:

1. Grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, com a implantação do PSF em municípios de todas as regiões e estados e a ampliação das respectivas coberturas populacionais nos municípios.
2. Heterogeneidade do processo de implantação nas regiões, iniciando-se pelo Nordeste, Norte e Sudeste, e estendendo-se para o Sul e o Centro-Oeste do país.
3. Progressivo aumento de municípios que implantaram o PSF com elevadas coberturas populacionais, indicando a adoção da estratégia como reorientadora da atenção básica, o que deve ser analisado considerando o porte populacional dos municípios.
4. Adesão precoce dos municípios maiores ao programa, pois grande parte dos municípios de regiões metropolitanas implantou o PSF em 1998, ainda que com baixas coberturas populacionais. A implantação do PSF nesses municípios deveria ser ressaltada devido à sua potencial contribuição à reorientação dos sistemas de saúde em nível regional e estadual, além de que, dado o grande porte populacional desses municípios, mesmo baixas coberturas estão relacionadas a grandes contingentes populacionais.
5. Crescimento da implantação do PSF em municípios com baixas taxas de urbanização no período de 1998 a 2001, sendo que a partir de 2000 a ampliação do PSF envolveu, principalmente, os municípios menores.
6. Implantação do PSF bastante expressiva em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde.
7. Implantação prioritária do PSF em municípios com altas coberturas do PACS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.
8. Aumento progressivo, no período 1998 a 2001, da implantação do PSF em municípios com menor complexidade da rede de serviços de saúde, ou seja, municípios que não produziam consultas especializadas e internações.

Scorel *et al.* (2002) analisou os fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde.

A amostra de municípios selecionados buscou incluir situações diversificadas de implantação do PSF, de forma a detectar o maior número de fatores que facilitavam ou dificultavam o processo. A partir do critério geral de que os municípios tivessem acima de 100.000 habitantes, os demais critérios selecionaram experiências “bem-sucedidas”, municípios que apresentavam “dificuldades ou singularidades” e cidades nas quais o

processo encontrava-se em “fase inicial”, seja da implantação do programa seja de conversão do modelo de Atenção Básica.

Alguns dos principais resultados incluem elementos de diagnóstico da situação do Programa em nível nacional e uma série de recomendações:

- A implementação do PSF em grandes centros urbanos tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos, sendo que a forma de financiamento ainda é um dos maiores obstáculos e sua mudança é uma das principais recomendações da pesquisa. As faixas de financiamento do Ministério da Saúde (MS), segundo cobertura municipal do PSF, são adequadas para grandes centros urbanos, mas a quantidade de ESF (e os recursos financeiros para tal) deve ser extremamente elevada para atingir os patamares de cobertura preconizados, pois o incentivo financeiro que o MS fornece aos municípios para o PSF é relacionado à cobertura que a cidade alcança.
- O PSF apresentou melhores resultados onde foi utilizado como “desculpa para mudanças maiores”, ou seja, naqueles municípios que fizeram uma reorganização de toda a rede de saúde, incluindo a hospitalar, com a criação de centrais para marcar consultas e internações, além de organizar os encaminhamentos do PSF para os demais níveis de assistência. Os municípios que fizeram uma expansão muito rápida do programa, praticamente fechando postos de saúde e substituindo-os pelas ESF, tiveram problemas, como o caso de São Gonçalo (Rio de Janeiro). O modelo anterior, de postos de saúde com atendimento tradicional, foi destruído e as equipes não supriram a demanda da população anteriormente atendida nessas unidades. Sendo assim, ainda que o estudo recomende começar a implantação de forma paulatina, chama a atenção para que a substituição não crie “territórios sem atendimento”. É recomendável criar ou fortalecer mecanismos de integração da rede municipal de serviços de saúde – centrais informatizadas de marcação de atendimento especializado e de regulação de internações; estabelecer protocolos de atenção para evitar o uso desnecessário de procedimentos mais complexos; e estimular os especialistas a realizarem a contra-referência para as ESF, ampliando a comunicação entre as equipes e serviços de referência.
- A criação de um “segundo nível de complexidade da AB”, constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras selecionadas, conforme o perfil local de necessidades, possibilitaria a interconsulta, o aumento da resolutividade, a constituição da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada no sistema local de saúde e a integração da rede de serviços. No caso de conversão de grandes

unidades básicas preexistentes, em áreas com elevada densidade demográfica, esse segundo nível poderia ser instalado na mesma unidade de saúde com ESF. Recomenda-se ainda a redefinição dos papéis das “especialidades básicas”, para qualificar a referência, e a intensificação das atividades de supervisão, a partir de capacitação específica. Ou seja, a constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade e não apenas na atenção básica.

- No início de processos de implantação é mais favorável delimitar regiões e nelas integrar as USF aos demais serviços existentes, expandindo posteriormente para outras regiões. Nos grandes centros urbanos, com ampla capacidade instalada nas unidades básicas de saúde (UBS), é recomendável a adaptação dessas unidades para abrigar um determinado número de ESF (até quatro no máximo), propiciando o aumento da qualidade da atenção, devido ao maior intercâmbio entre os profissionais (interconsulta) e maior eficiência no uso de recursos compartilhados.
- A mudança no modelo assistencial, centrada na programação de atividades para grupos de risco e na oferta organizada, assim como na organização da demanda, confronta-se com as demandas individuais por assistência. A adequação entre resposta às necessidades individuais e coletivas é um importante nó crítico da estratégia de Saúde da Família que necessita ser equacionado. Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso, percebidas pelas famílias pesquisadas, e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada ou primeiro contato regular.
- A realização das atividades preconizadas para as ESF — educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais — exige a redução do número de famílias adscritas por equipe.
- É recomendável estimular a atuação intersetorial das ESF, que é facilitada quando gestores setoriais e o executivo municipal trabalham na perspectiva de articular as intervenções para solução de problemas. A ação intersetorial exige capacitação em relação aos condicionantes do estado de saúde da população.
- Devido a enorme diversidade das populações em grandes centros urbanos, a diretriz da universalidade de cobertura do PSF exige a construção de estratégias específicas para incentivar a utilização desses serviços por grupos de renda mais alta, pois, o que se observa é que a população atendida pelo PSF é caracterizada por ser a mais vulnerável e pertencente a grupos socioeconômicos mais desfavorecidos, podendo-se considerar que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para esses grupos e, potencialmente, contribui para a maior inclusão social.

Destaca-se ainda que:

- Nas grandes cidades é necessário estudar a possibilidade de as equipes atuarem em locais próximos ao local de trabalho da população adscrita ou estender o horário de atendimento além do convencional, pois a adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores que, em geral, têm seu lugar de trabalho distante do local de moradia. É recomendável estudar a possibilidade de adscrição por área/local de trabalho ou por meio de “inscrição individual” em USFs próximas aos locais de trabalho. Os autores não esclarecem, entretanto, como ficaria a questão da orientação para a comunidade e o trabalho comunitário nesse tipo de adscrição, elementos fundamentais da AB.
- A adscrição das famílias às ESF deve dar mais ênfase ao vínculo de responsabilidade entre profissionais/população e menos à distribuição formal da população por equipes, pois é necessário organizar os serviços a partir da lógica da população e não apenas da lógica técnica ou dos profissionais.
- O índice de aprovação do trabalho dos agentes comunitários foi de 90%, sendo que a maior parte das famílias relatou que, antes do programa, não tinha acesso a nenhum serviço de saúde. Em cidades como Aracaju (SE) e Camaragibe (PE) as taxas dos que diziam que suas condições de saúde tinham melhorado com o PSF estavam em torno de 80%.
- As principais queixas foram relacionadas à falta de alguns profissionais, como dentistas, pois não houve implantação de programas de saúde bucal vinculados ao PSF na mesma velocidade de outros programas (ou atenção) prioritários (as). Sendo assim, recomenda-se incentivar a implantação de equipes de saúde bucal (ESB) e reavaliar a proporção entre os dois tipos de equipe. O estudo demonstra que a implantação da ESB em grandes centros é ainda incipiente, necessitando de uma avaliação mais detalhada das questões que estão interferindo nesse processo.

Constata-se a existência de resistências por parte de importantes atores, especialmente nas experiências em que se partiu da substituição da rede básica, anteriormente estruturada, pelo PSF, o que exige estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio ao programa, com processos de discussão e negociação prévios e periódicos, seja entre gerentes da SMS e profissionais de saúde, seja na mobilização da população, diminuindo as dificuldades e conquistando maior legitimidade. No âmbito profissional, uma área onde esses processos são particularmente críticos é a interface de trabalho entre os médicos, pessoal de enfermagem ou auxiliares e os ACS. Sendo assim, recomenda-se:

- Estabelecer processos de negociação com a corporação médica e de enfermagem para construir consenso sobre os respectivos campos de exercício profissional, de

forma a ampliar as áreas de atuação desses profissionais. Por outro lado, os meios de comunicação e de publicidade instituídos devem, além de prestar informações para a população, difundir a importância das atividades realizadas pelos ACS e demais integrantes das ESF, como forma de fortalecer o vínculo e criar socialmente uma imagem positiva do trabalho desses profissionais no PSF. Além disso, é recomendável estimular a regularidade mensal das visitas domiciliares por ACS, o que exige a redução do número de famílias sob sua responsabilidade.

- Estimular atividades em grupo como forma de criar vínculos de apoio social entre os integrantes das equipes e informar sobre assuntos técnicos/atividades comuns (prevenção de doenças e cuidados com a saúde). A participação dos ACS nas atividades de grupo contribuiria para a sua capacitação e a constituição desses grupos deve ser orientada pelo perfil epidemiológico local.

A estratégia da Saúde da Família, intensiva em força de trabalho, encontra obstáculos na sua implementação que fragilizam o processo de mudança do modelo assistencial. Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favoreceriam a maior adesão dos profissionais e a formação de vínculos mais sólidos com as comunidades. Por outro lado, recomenda-se:

- É necessário considerar a possibilidade de incentivos que apoiem a redução da rotatividade dos profissionais e consolidem as ESF implantadas. Por exemplo, a criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria, talvez, maior permanência dos profissionais nessas áreas.
- Aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando na capacitação permanente os aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento.
- É recomendável também ampliar as responsabilidades e a capacitação de ESF para o acompanhamento de doentes crônicos, tendo em vista a alta proporção de famílias com portadores dessas enfermidades. A função do médico generalista como “coordenador” dos cuidados ao doente crônico deve ser reforçada por meio da melhoria da comunicação entre a ESF e especialistas.

As percepções das famílias sobre os problemas da comunidade guardaram grande coerência com as características domiciliares (condições de vida) e municipais. É recomendável, portanto, enfatizar a realização periódica e uso rotineiro do diagnóstico de saúde, estimulando a participação da população na sua elaboração. Além disso, considerando

a importância das causas externas no perfil epidemiológico das populações de grandes centros urbanos, é recomendável incorporar, ao desenho do modelo assistencial, ações de promoção de saúde relacionadas com esses agravos direcionadas aos adolescentes e adultos jovens.

É preciso fortalecer também o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde nas políticas de saúde em geral e na reestruturação do sistema municipal de saúde e incentivar a criação de Conselhos Locais de Saúde, visando ampliar a participação da população e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade na implementação do PSF.

E, finalmente, os autores referem que é necessário buscar a articulação dos diversos sistemas de informação que possibilite melhor comunicação entre eles, racionalizando o processo de coleta e análise dos dados necessários ao acompanhamento e avaliação do PSF.

Por fim, apenas um dos estudos revisados nesta pesquisa – Vianna & Pierantoni, 2002 – se propõe a desenvolver indicadores para monitoramento do processo de implantação e consolidação do PSF no Brasil e integra o Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil, financiado pelo Ministério da Saúde, com recursos do Projeto Reforsus (financiado pelo Banco Mundial).

Os objetivos gerais desse trabalho foram: a) avaliar comparativamente o processo de implantação do PSF nos grandes municípios (mais de 100 mil hab.) e seu desempenho na atenção básica; e b) subsidiar a construção de uma proposta de monitoramento da implantação do PSF nesses municípios, levando em consideração as particularidades dos respectivos modelos de atenção básica e do PSF. Os objetivos específicos foram: a) conhecer o modo de funcionamento dos sistemas municipais de saúde nesses municípios e o papel do PSF na (re)organização da atenção básica; b) identificar os principais problemas/obstáculos para a (re)organização da atenção básica e a integração dos distintos níveis de assistência; c) criar indicadores de monitoramento do processo de implantação do PSF nesses municípios; e d) formular recomendações para o aperfeiçoamento do processo de implantação do PSF nesse universo particular.

As etapas de desenvolvimento da pesquisa incluíram:

1. Criar um banco de indicadores de municípios com mais de 100 mil habitantes com PSF implantado, que totalizava 224 municípios com 100 mil ou mais habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2000.
2. Criar dois *clusters* ou tipologia de municípios com e sem implantação do PSF, referentes ao Modelo de Atenção Básica e Modelo do PSF.
3. Aplicar um questionário de autoperenchimento (*survey*) com gestores municipais.

4. Fazer entrevistas semi-estruturadas com coordenadores estaduais do PSF, no universo dos municípios estudados.
5. Elaborar indicadores e recomendações, segundo as variáveis descritivas selecionadas pela pesquisa (região, porte, aprendizado institucional, maturidade do PSF e agrupamentos da Atenção Básica e do PSF).

A análise realizada está dividida em duas partes. A primeira trata da classificação dos 224 municípios com 100.000 ou mais habitantes, segundo padrões do modelo da atenção básica, em 2000. Essa classificação cria seis grupos distintos de municípios segundo a combinação de cinco “fatores sintéticos” (produção e oferta hospitalar, produção ambulatorial na atenção básica, cobertura das consultas e das ações básicas, gasto com PAB variável e capacidade instalada ambulatorial). Esses fatores sintéticos são criados usando 15 indicadores de insumos, capacidade instalada, produção, gastos e cobertura. Os dados utilizados são do DATASUS, para cada município, em 2000. Uma técnica estatística (análise multivariada – *factor analysis*²) foi empregada para reduzir os 15 indicadores aos cinco fatores sintéticos mencionados. Uma outra técnica (análise de agrupamentos – *cluster analysis*)³ foi empregada com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios, permitindo a geração de seis grupos ou tipos de municípios, segundo o Modelo de Atenção Básica, e criando seis grupos de acordo com o padrão de valores nos cinco fatores sintéticos. Essa técnica permitiu a criação dos agrupamentos baseados no valor e na distribuição dos fatores, isto é, os grupos de municípios são determinados pela distribuição dos dados e não por categorias criadas pelos pesquisadores.

Na segunda parte, as mesmas técnicas são empregadas para criar uma tipologia de modelos de PSF. Para isso, foram selecionados os municípios com programas de PSF e que tinham dados disponíveis (136 municípios foram selecionados do total de 162 municípios possíveis). Foram empregados 18 indicadores dos municípios em 2000 para criar quatro fatores sintéticos (gastos do PSF/PACS e cobertura do PSF no total da população, cobertura do PACS no total da população, cobertura do PACS na população cadastrada, cobertura do PSF na população cadastrada). Estes quatro fatores revelaram três agrupamentos distintos dos municípios.

2 A análise fatorial (ou *factor analysis*) consiste numa técnica estatística de análise multivariada que se aplica à identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. Ao contrário de um indicador criado por uma composição de variáveis arbitrada pelo pesquisador, os fatores derivados da análise fatorial são dimensões abstratas, ocultas sob um determinado conjunto de medidas.

3 Esta técnica se aplica à determinação de proximidades geométricas entre os elementos estudados dentro de um espaço onde a dimensão é dada pelo número de variáveis existentes. Quando se dispõe de um conjunto de dados multivariados, ou seja, uma matriz de dados com p variáveis e n elementos e deseja-se identificar padrões de similaridades existentes entre os elementos deste conjunto, é possível utilizar a técnica de análise de agrupamentos para a identificação destes padrões.

As técnicas empregadas na análise elaborada por Vianna & Pierantoni (2002) têm vários pontos positivos. Os agrupamentos e fatores foram criados baseados nos próprios dados secundários dos municípios, ou seja, segundo a variabilidade dos indicadores disponíveis. Para uma proposta de monitoramento, é essencial poder replicar a análise facilmente, permitindo monitorar a dinâmica de melhora ou piora dos indicadores. Sendo assim, o uso de dados secundários disponíveis é o procedimento mais lógico e econômico para tal acompanhamento. E essa metodologia possibilita uma análise mais objetiva do desempenho dos municípios. Registra-se ainda o enorme esforço de produção de conhecimento empreendido nesse trabalho.

Mas identificam-se também algumas limitações, pois não é claramente explicitado um modelo de análise teórico e analítico que justifique as técnicas estatísticas utilizadas e a seleção de indicadores. Aponta-se também fragilidade metodológica nessas técnicas estatísticas, primeiro porque a interpretação dos grupos não utiliza categorias operacionais normalmente empregadas na administração/avaliação de programas sociais; e, segundo, porque apesar das fortalezas consideráveis mencionadas e dos resultados interessantes da pesquisa, como proposta de sistema de monitoramento tem deficiências, tais como: muitos dos indicadores propostos (os fatores sintéticos) são pouco operacionais; os indicadores selecionados não são necessariamente estáveis; a técnica de análise fatorial talvez não seja a melhor para o monitoramento do desenvolvimento de um programa de saúde ao longo do tempo, uma vez que os indicadores sintéticos mudarão sempre que se utilizarem novos dados sobre o programa; e não é demonstrada nenhuma correlação entre os indicadores (fatores sintéticos) e os resultados obtidos pelo programa.

De acordo com avaliação recente do PSF, que leva em consideração alguns desses estudos, (Ministério da Saúde, 2003), os resultados mais importantes dessas pesquisas podem ser assim resumidos: 1) não existem grandes dificuldades na implementação do PSF nos municípios de pequeno porte e sem uma capacidade instalada de AB; 2) há maior dificuldade na implementação do PSF quando se substitui o modelo e a rede tradicional (conversão do modelo); 3) existem vários desafios na inserção e desenvolvimento de recursos humanos; 4) apontam-se dificuldades no monitoramento do processo de implementação, incluindo instrumentos e estratégias para a avaliação de processos e resultados; e 5) identificam-se problemas relacionados com a garantia da integração do PSF aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Para concluir, com base na literatura analisada, existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção básica na saúde da população. As evidências existentes estão limitadas às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres

e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e restritas, muitas vezes, à descrição do processo de implantação do PSF no curto prazo. Quase nenhuma pesquisa analisa o sistema de atenção básica como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção básica usando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção (como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe entre outros). Por outro lado, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho dos serviços de atenção básica como um todo.

De acordo com Hill *et al.* (2000:107), *“as evidências sobre a efetividade da atenção primária são muito débeis, embora os estudos de caso sobre a sua implementação sejam mais comuns... Há necessidade urgente de uma compreensão mais clara sobre o impacto da atenção primária na mortalidade e morbidade [da população atendida] para evitar decisões políticas equivocadas no futuro”* (tradução livre)⁴.

Esta afirmação é corroborada pela revisão da literatura nacional apresentada neste trabalho.

4 ...”the evidence so far on the effectiveness of PHC is rather slim although case studies of implementations are more common.... There is an urgent need to have a clearer understanding of the impact of comprehensive PHC on mortality and morbidity to avoid erroneous policy decisions in the future” (Hill *et al.*, 2000:107).

IV. MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica no Brasil conta com pelo menos dois mecanismos operacionais específicos, instituídos pelo Ministério da Saúde, para o seu monitoramento e avaliação: o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Pacto) e o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços desse nível de atenção e foi criado com a intenção de avaliar o alcance das modificações introduzidas na atenção básica (PACS, PSF, PAB) e, mais amplamente, o resultado da ação dos serviços de atenção primária nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população em nível local.

Pretende-se, através dele, estabelecer formalmente uma negociação entre gestores das três esferas de governo, que tem por objeto metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados teriam seu desempenho avaliado em função do cumprimento das metas pactuadas (Aquino *et al*, 2000; Medina & Aquino, 2002).

O Pacto foi criado em 1999 com o Manual para Organização da Atenção Básica que, entre outros objetivos, definiu as áreas de responsabilidade para o município (Ministério da Saúde, 1999). Tem antecedentes, entretanto, nas portarias ministeriais que acompanharam a implementação da NOB 1996. Adotado nacionalmente no período de 1999 a 2002, o processo de pactuação tem sofrido alterações anuais desde então, tanto com relação à forma de condução do monitoramento quanto aos indicadores selecionados para avaliação, e vem sendo reestruturado e normatizado anualmente a partir de portarias do Ministério da Saúde.

Assim, a Portaria nº 3.925 (13/11/1998) instituiu o Manual para Organização da Atenção Básica, que formulava orientações aos gestores municipais do SUS para organização da atenção básica a partir da pactuação de metas entre as três esferas de governo e a definição de indicadores de acompanhamento da sua implementação para 1999; e a Portaria nº 476, de 1999, regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica no Brasil (Brasil, 1998, 1999).

Em 2001, a Portaria nº 1.158 (08/08/2001) definia os componentes que seriam utilizados para a avaliação da atenção básica dos municípios:

1. Pacto da Atenção Básica.
2. Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.
3. Estrutura da rede física e dos recursos humanos para atenção básica.
4. Produção de serviços nas áreas de atuação estratégica.

A partir de então o Pacto passou a ser considerado o instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, assim como serviria de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal (NOAS/SUS/2001). Ainda em 2001, a Portaria nº 723 (10/05/2001) regulamentou o processo de pactuação, definindo:

1. A relação de indicadores a serem pactuados pelos estados.
2. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com mais de 80.000 habitantes.
3. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com menos de 80.000 habitantes.

O sistema foi desenhado para ser alimentado em nível municipal. Para a avaliação, os municípios e estados devem utilizar o aplicativo SisPacto2004, que é disponibilizado em forma eletrônica, anualmente, no *site* www.saude.gov.br/pacto2004, onde se encontra também a Planilha de Avaliação que deve ser utilizada.

Os indicadores propostos na Portaria nº 723/2001 foram modificados pela Portaria nº 1.121 (17/06/2002) que define também os seguintes componentes da avaliação: 1) avaliação do cumprimento das metas propostas pelo gestor municipal para o ano anterior (portanto, diferentes para cada município); 2) alimentação dos sistemas nacionais de informação em saúde (SIA/SUS, SIH/SUS, SINAN, SINASC, SIM, SI-PNI, SIAB); 3) descrição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica; e 4) produção de serviços nas áreas de atuação estratégicas: População; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Controle da Hipertensão; Controle da Diabetes; Controle da tuberculose; Eliminação da hanseníase; Saúde bucal; Ações Gerais (Gestão).

A Portaria definia ainda todos os procedimentos necessários para a formalização do Pacto, submetidos a determinados procedimentos e prazos de entrega:

- *Para municípios:* avaliação do Pacto de 2001 (Planilha de Avaliação validada), assinada pelo gestor municipal; envio à Secretaria Estadual de Saúde para ser homologada (via eletrônica ou impressa em papel); e definição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica.
- *Para estados:* consolidar a avaliação do desempenho do Pacto de Indicadores 2001 e avaliar seu próprio desempenho, segundo metas estabelecidas em 2001;

imprimir relatórios assinados pelo gestor estadual e pelo Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde; enviar ao Ministério da Saúde (*on line* ou papel) para homologação; e enviar ao Ministério da Saúde a Planilha de Avaliação Estadual do Pacto 2001.

Os indicadores de avaliação do Pacto vem sendo revistos ano a ano, desde 2001, segundo os eixos da Agenda Nacional de Prioridades, definida pelo Ministério da Saúde no mesmo ano, estabelecendo-se um número definido de indicadores para os municípios, estados e para o país como um todo.

Além das áreas de atuação estratégica mencionadas, estabeleceram-se também alguns procedimentos marcadores específicos (glicemia capilar para diabetes, inalação/nebulização; aplicação da 3ª dose de DPT; coleta de CCO para mulheres). E, para assegurar a manutenção da habilitação, os municípios deveriam cumprir no mínimo 80% das metas fixadas para todos os indicadores.

Os indicadores são calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde, censos e estimativas populacionais. Eventualmente, as bases de dados locais dos estados e municípios podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos estados e municípios.

Em 2003, as Portarias nº 456 (16/04/2003) e nº 2.394 (19/12/2003) reafirmam que o Pacto é a base para negociação de metas, com vistas a estabelecer mecanismos e fluxos para pactuação e avaliação de desempenho dos sistemas de atenção básica e da situação de saúde da população, tendo sido proposta a criação de um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para negociação das metas a serem pactuadas nacionalmente. Ainda em 2003, foi criada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica (Portaria nº 676, de 04/06/2003), com os seguintes objetivos: definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica, de acordo com a NOAS-SUS 01/2002; elencar um número básico de indicadores para acompanhamento efetivo e avaliação da atenção básica nos municípios; identificar todos os setores do Ministério da Saúde e instrumentos para acompanhamento da atenção básica; e elaborar estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da atenção básica. O relatório final da Comissão (de outubro de 2003) reitera os indicadores atuais do Pacto e propõe mecanismos para o seu fortalecimento e dinamização, a serem utilizados como instrumento de gestão, articulados aos demais instrumentos existentes de programação, avaliação e acompanhamento. Propõe-se também apoio técnico e supervisão aos municípios no processo de pactuação, o que é extremamente bem-vindo, dadas as deficiências analisadas a seguir.

Em 2004, o Pacto continha 47 indicadores específicos divididos entre as áreas de atuação mencionadas. O número absoluto de indicadores tem mudado anualmente, de forma importante, estabilizando, entretanto a partir de 2003. A disponibilidade dos dados tem variado ano a ano, mas em geral tem melhorado, e a maioria deles está disponível em nível municipal e estadual. Apesar disso, nenhum indicador está disponível para todos os anos.

Embora existam no Brasil experiências de avaliação de desempenho ou de monitoramento do funcionamento dos sistemas de saúde, não existe nenhuma iniciativa governamental coordenada nacionalmente no sentido de avaliar o impacto na saúde da população do desempenho do sistema de saúde em seu conjunto. Além disso, várias iniciativas locais, levadas adiante principalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde, se situam no plano da avaliação do processo de descentralização ou de programas específicos, mas o acesso a esses trabalhos não é fácil, uma vez que nem sempre estão disponíveis para consulta, seja por documentos escritos ou eletrônicos (PRO-ADESS, 2003). Em âmbito federal, o Pacto da Atenção Básica talvez seja a iniciativa mais próxima de desenho de um instrumento de avaliação de desempenho que abarque pelo menos um determinado âmbito do SUS.

A avaliação do Pacto para o período 1996-2003, realizada neste trabalho, permite algumas considerações sobre a validade desse instrumento para o cumprimento dos objetivos propostos:

1. O Pacto é um instrumento ambicioso, que possibilita uma visão panorâmica, ampla, sobre o sistema de atenção básica, mas ainda apresenta muitos problemas.
2. Pretende desenvolver indicadores de longo prazo (séries históricas) que permitam identificar necessidades de mudanças na atenção básica. Mas os indicadores têm mudado de um ano a outro, alguns têm diferentes definições e não estão disponíveis para todos os anos.
3. Utiliza os sistemas de informação existentes, tentando articular as distintas fontes num único sistema de monitoramento (SIMPACTO), mas se ressentem com os problemas próprios desses sistemas.
4. A qualidade técnica do Pacto tem melhorado ao longo dos anos, sobretudo nas regulamentações que descrevem a conceituação, interpretação, uso e limitações dos indicadores incluídos. Entretanto, essa documentação define os indicadores (fórmula), mas não indica claramente por que esses indicadores foram escolhidos e não outros. As explicações sobre o uso e interpretação dos indicadores são pouco claras. Por exemplo, não se indica que alguns indicadores são *proxies* de acesso, de resultado, de qualidade etc.

5. Os indicadores estão disponíveis principalmente por meio eletrônico e o programa é de fácil manejo. Entretanto, os dados utilizados para o cálculo dos indicadores nem sempre estão disponíveis, fazendo com que o nível local dependa do nível central para verificação e análise da informação e construção dos indicadores. Sendo assim, muitos dados primários recolhidos em nível local permanecem sem ser analisados ou utilizados porque não estão incluídos nos indicadores definidos pelo nível federal.
6. Muitos dados não estão disponíveis de maneira desagregada (por sexo, grupos sociais, idade, etnia etc), o que dificulta a análise da questão equidade. Embora inclua dimensões distributivas (homogeneidade da cobertura vacinal), geográficas (por município) ou ainda de acesso por grupo populacional, não inclui indicadores de equidade.
7. A maioria dos indicadores são bem conhecidos como válidos para medir aspectos críticos dos sistemas de saúde. Mas são poucos os indicadores de processo (importante para esse tipo de avaliação) e de resultado (mesmo *proxies*). Para alguns deles existe pouca evidência científica sobre sua validade e confiabilidade.
8. O Pacto foi concebido como uma ferramenta para ser utilizada por gestores de todos os níveis, estando disponível também em nível local, mas não há evidência clara sobre o uso dos indicadores do Pacto no cotidiano dos gestores, no processo de tomada de decisões, principalmente pelas dificuldades de sua confecção e as fragilidades mencionadas. As avaliações disponíveis e os nossos resultados sugerem que ainda não é usado com essa finalidade pela maioria dos gestores em nível local.
9. Para o Pacto tornar-se uma ferramenta de gestão, necessitaria ainda algumas mudanças na formulação dos indicadores:
 - elaborar um marco conceitual e operacional que estabeleça e evidencie as relações entre variáveis sobre a melhora da quantidade e qualidade dos serviços e os resultados na saúde da população;
 - definir indicadores relacionados às funções específicas da atenção básica como vínculo, elenco de serviços, coordenação, porta de entrada, entre outras;
 - focalizar mais nos indicadores específicos da atenção básica (ou sensíveis a esse nível de atenção).

Em síntese, o Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma idéia geral dos serviços de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a

esses problemas, nem para definir “correções de rota”. Necessita também melhor desenvolvimento técnico em termos de formulação (em nível federal) e de capacidade de implementação (em nível estadual e municipal).

O SIAB, por sua vez, foi criado em 1998, como uma ampliação do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (SIPACS). É um sistema de informação que coleta e organiza informações sobre cada usuário do PSF ou PACS e é territorializado, baseado no cadastro populacional que permite o acompanhamento das famílias e as ações dos agentes comunitários e das equipes PSF (Medina & Aquino, 2002). Inclui indicadores sociais e demográficos, indicadores de procedimentos, inclusive visitas domiciliares e consultas médicas, e indicadores de morbidade e mortalidade. Assim, é um sistema de informações complexo que oferece muitas possibilidades de monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, esta potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema (Medina & Aquino, 2002). Por esses motivos o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), iniciou um processo para reformular o SIAB, ampliando a abrangência do sistema, para que seja mais efetivo no monitoramento do conjunto de ações desenvolvidas em unidades de atenção básica, sejam elas referidas a equipes do PSF ou não (Ministério da Saúde, 2003).

Concluindo, a necessidade de instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB em nível local é confirmada pela revisão da literatura disponível e dos instrumentos governamentais existentes.

V. METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Município de Petrópolis, localizado a duas horas da cidade do Rio de Janeiro. Esse município foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso, por ser de médio porte, com população diversificada e por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica no desenvolvimento da atenção básica. O PSF funcionava no município há cerca de cinco anos, em algumas localidades, sendo que desde 2003 está em processo de expansão e implantação de novas equipes; e as unidades básicas tradicionais funcionam regularmente em todo o município há algumas décadas. Os serviços públicos de atenção básica atendem cerca de 75% dos estratos mais pobres da população que não possuem planos privados de saúde (PAHO, 2000).

Além disso, os principais gestores do sistema de saúde no município foram muito receptivos à avaliação proposta pela pesquisa.

A. Medidas

Esta avaliação foi realizada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT)*, formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Os instrumentos e a metodologia proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus. Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram medir as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (Shi *et al.*, 2001).

Com base nos trabalhos de Starfield (1992 e 1998) e na literatura disponível que discute a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”, elaboramos uma lista dos principais atributos (ou dimensões essenciais) da atenção básica a ser utilizada na proposta de avaliação trabalhada nesta pesquisa (Quadro 2).

Chamamos a atenção que as dimensões “Elenco de serviços” (*comprehensiveness*, no termo original utilizado por Starfield) e “Coordenação” integram elementos que, na conceituação brasileira, são considerados como parte do termo “integralidade” definido por Pinheiro & Matos (2001, 2003 e 2004), entre outros autores. Esse termo, entretanto, não tem um correspondente evidente na literatura internacional e preferimos manter os conceitos das dimensões trabalhadas por Starfield (1992 e 1998). Por outro lado, a dimensão “Formação profissional”, definida no quadro a seguir, não integra o elenco de

dimensões trabalhado por Starfield, mas foi considerada importante nesta avaliação, seja porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam neste âmbito da atenção (como os Pólos de Capacitação do PSF), seja porque a “mudança do modelo assistencial” a partir da priorização da atenção básica, preconizada pela política nacional de saúde, exige transformações importantes no processo de trabalho nas unidades desse nível de atenção, o que implica formação profissional específica. Sendo assim, consideramos que é um importante requisito para o alcance de uma boa atenção básica.

A aplicação desta metodologia teve como objetivo estabelecer a sua validade, aperfeiçoar os instrumentos, adaptando-os à realidade brasileira, testar sua aplicação, comparar as repostas dos informantes-chave com dados rotineiros existentes e com uma enquete de usuários dos serviços de AB. Embora essa metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido utilizada no contexto brasileiro.

Quadro 2 – Definições das dimensões essenciais da atenção básica em saúde

Dimensão	Definição
Acesso	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (Starfield <i>et al.</i> , 2003: 60).
Porta de Entrada	Implica acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (Starfield <i>et al.</i> , 2003:61), sempre como o primeiro atendimento procurado, excepto nos casos de urgência.
Vínculo (ou <i>longitudinality</i>)	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 adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (Starfield <i>et al.</i> , 2003:62).
Elenco de serviços (<i>comprehensiveness</i>)	Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários (Starfield <i>et al.</i> , 2003:62).

Dimensão	Definição
Coordenação (ou 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 deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes (Starfield <i>et al.</i> , 2003:63).
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 ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação. (Starfield <i>et al.</i> , 2003:487).
Orientação para a comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (Starfield <i>et al.</i> , 2003:489).
Formação profissional	Pressupõe que a atenção básica seja uma área de “especialização” que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

A pesquisa foi realizada em duas etapas.

Primeira etapa:

Foram elaboradas duas versões do instrumento (questionário), traduzidas do espanhol para o português e adaptadas à realidade brasileira: uma para uso com os informantes-chave das unidades de atenção básica e a outra para os informantes-chave da SMS. Cada instrumento contém cerca de 90 perguntas (92 o de profissionais e 94 o dos gestores) específicas sobre as dimensões essenciais da atenção básica mencionadas anteriormente. Essas perguntas correspondem a indicadores utilizados nas pesquisas e experiências internacionais de avaliação da atenção básica. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originais do questionário *PCAT*, para melhor refletir a realidade local, no contexto brasileiro. Por exemplo, foi modificada a lista de serviços oferecidos na atenção básica para espelhar as prioridades da política nacional e local, além do perfil epidemiológico da população.

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi

calculado para cada pessoa entrevistada. As respostas foram então analisadas individualmente e também por tipo de programa (PSF ou unidade de saúde tradicional). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre diferentes tipos de unidades de saúde (PSF e UBS tradicional) e entre entrevistados (profissionais e gestores) (ver questionários no Anexo X e CD-ROM em anexo).

Segunda etapa:

Foi feita a tradução do inglês para o português do instrumento do *Primary Care Assessment Tool*, voltado para a enquete de usuários dos serviços de atenção básica, e a adaptação das perguntas à realidade nacional e local. Registra-se que o instrumento original do *PCAT* para usuários dos serviços é constituído de dois questionários separados – um para adultos e outro para os pais das crianças atendidas (ou acompanhantes). Para tentar simplificar o instrumento, nesta pesquisa, incluiu-se num único questionário perguntas referentes a três grupos – acompanhantes de crianças, acompanhantes de incapacitados e usuários adultos – o que se mostrou problemático na enquete, como veremos mais adiante. A recomendação explícita, depois da realização do trabalho de campo, foi utilizar dois questionários diferentes – um para os acompanhantes (de crianças ou incapacitados) e outro para usuários adultos.

O questionário para usuários contém cerca de 100 perguntas, a maioria delas utilizadas no questionário para profissionais e gestores de saúde, nas mesmas dimensões essenciais da AB selecionadas, mas incluiu também algumas perguntas sobre demografia e saúde do usuário, resultando em um total de 107 perguntas no questionário para adultos e 110 no questionário para os acompanhantes. Os dados demográficos e socioeconômicos foram incluídos para poder cruzar essas informações com aquelas da experiência do cliente no momento da atenção. Alguns indicadores foram revistos ou modificados para melhor refletir o contexto brasileiro. Como na primeira etapa, as respostas a cada pergunta tiveram um valor entre zero e cinco. Mas foram adicionadas duas opções – “não sabe” e “recusa responder” – para captar todas as possibilidades nas entrevistas com usuários dos serviços (ver questionários no Anexo X e CD-ROM em anexo).

Da mesma forma que anteriormente, as respostas foram somadas e o valor médio de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Estas respostas foram analisadas individualmente e também segundo o tipo de atenção recebida (PSF ou posto de saúde tradicional). O fato das perguntas e escalas serem praticamente iguais para cada pessoa entrevistada (profissionais, supervisores, gestores e usuários) facilitou a comparação entre diferentes tipos de organização e diferentes fontes de dados.

Finalmente, várias técnicas foram empregadas para poder explicar a escala de respostas e facilitar a entrevista. Para cada entrevistado (seja usuário, profissional ou gestor) foram explicadas as diferentes opções para responder, mostrando-se um pequeno cartão com a escala das opções de resposta graficamente representadas, identificando que era igual a distância relativa entre cada resposta (ver cartão no Anexo I). Também os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondia ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica.

B. Seleção de entrevistados

Primeira etapa:

Existem dois grupos de informantes-chave entrevistados nesta etapa: o primeiro é constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que responderam ao questionário sobre a unidade na qual trabalhavam; e o segundo pelos gestores da SMS e supervisores do PSF e das UBS tradicionais. O primeiro grupo foi composto a partir do censo das unidades de AB no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro (unidades do PSF, postos e centros de saúde tradicionais) e o médico ou enfermeiro foi entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal foram selecionados entre os gestores da SMS e supervisores do PSF e das UBS tradicionais que tivessem pelo menos cinco anos de experiência na Secretaria Municipal de Petrópolis. Estes informantes-chave responderam ao questionário em nível da gestão do município (ver CD-ROM em anexo).

Todas as entrevistas foram realizadas por um dos pesquisadores.

Segunda etapa:

Nesta etapa trabalhamos com uma amostra por conglomerados, com o objetivo de selecionar uma amostra que fosse representativa de todos os usuários dos serviços públicos de atenção básica em Petrópolis. Um objetivo adicional do processo de amostragem foi assegurar que todas as unidades de saúde estivessem integradas à amostra. Como existiam somente 40 unidades públicas de AB em Petrópolis, o nosso objetivo foi selecionar, aleatoriamente, o mesmo número de usuários em cada unidade e a amostragem por conglomerados facilitou esse objetivo. Em municípios de maior porte, variações dessa metodologia (amostragem por conglomerados em duas etapas) podem ser aplicadas para, primeiro, selecionar aleatoriamente um número determinado de unidades e, em seguida, selecionar dentro destas unidades um número determinado (conglomerado)

de usuários. Deve-se ressaltar que embora essas técnicas facilitem o planejamento e o trabalho de campo, também requerem cuidados especiais na análise dos dados (ver CD-ROM em anexo).

O universo de estudo foi constituído por todos os usuários adultos dos serviços públicos de atenção básica ou acompanhantes adultos de crianças ou incapacitados, também usuários dos serviços. As unidades amostrais foram constituídas pelos postos e centros públicos de saúde que prestam serviços de atenção básica à população de Petrópolis (40 no total), seja no modelo tradicional ou PSF. Os “conglomerados” são grupos de usuários selecionados dentro de cada unidade e embora o processo de seleção seja aleatório, a existência de vários usuários em cada unidade introduz a possibilidade de que existam mais semelhanças entre os usuários de uma determinada unidade do que entre usuários de unidades distintas. Por isso, é necessário efetuar o controle desta “correlação intra-classe” na amostra e nas análises.

O cálculo da amostra foi elaborado da seguinte forma: primeiro, calculamos a diferença entre a média e o desvio-padrão da escala total de atenção básica (entre 0 e 5) entre os usuários do PSF e os das UBS. Uma vez que o estudo ainda não havia sido realizado, foi necessário selecionar valores prováveis baseados na primeira etapa da pesquisa. Levando-se em consideração o fato de que a pesquisa propõe um teste da metodologia, escolhemos uma gama de valores para representar uma situação em que seria difícil detectar diferenças entre os grupos (ou seja, uma situação em que existissem diferenças pequenas entre os escores e muita variação). Estimamos o tamanho da amostra “simples” com a seguinte fórmula:

$$\frac{4 \left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta} \right)^2}{\left(\frac{\delta}{\sigma} \right)^2}$$

Onde:

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de um erro tipo 1 (0.05);

$Z_{(1-\beta)}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 2 (0.8);

δ = diferença entre o valor médio da escala total de atenção básica PSF-UBS; e

σ = desvio-padrão das médias

Para controlar a correlação intraclasse foi necessário multiplicar essa fórmula pelo “*design effect*” (efeito do desenho de projeto) usando a seguinte fórmula:

$$1 + \rho (m-1)$$

Onde:

ρ = correlação intraclasse; e

m = número de observações por conglomerado.

Como não sabíamos ainda o valor da correlação intraclasse, selecionamos uma variedade de valores possíveis. Para calcular as estimativas, empregamos o programa de estatística Stata 8.0 (usando os comandos `sampsi` e `sampclus`).

A Tabela 1 mostra os tamanhos necessários para uma amostra representativa. Com base nas informações obtidas na primeira etapa da pesquisa, a amostra conservadora incluiria 480 pessoas, o que corresponde a 12 pessoas por unidade.

Tabela 1 – Estimativas do Tamanho da Amostra por Conglomerados^(*)

Diferença estimada entre valor médio da escala total de atenção básica PSF-UBS (δ)	Desvio-padrão (σ)	Coefficiente de Correlação (ρ)	Nº de unidades	Nº entrevistados por unidade (m)	Tamanho mínimo da amostra (n)
0,5	1	0,10	40	5	200
0,5	1	0,20	40	7	280
0,5	1	0,25	40	12	480
0,5	1	0,30	40	41	1640

(*) $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.80$

A técnica utilizada para a seleção dos entrevistados foi a seguinte: uma tabela de números aleatórios foi empregada para gerar a “janela da amostra” em cada unidade. Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistadores receberam a lista de unidades e o número aleatório da amostra para cada uma. Ao chegar a cada unidade, os entrevistadores identificavam o começo da fila e começavam entrevistar a enésima pessoa na fila, segundo o número aleatório correspondente. Quando terminavam a entrevista, passavam para a próxima enésima pessoa na fila, continuando assim até completar a amostra (seis ou sete entrevistas por unidade, por dia) (Ver tabela de números aleatórios no Anexo II). Para obter uma maior representatividade da população nos usuários entrevistados, cada unidade foi visitada duas vezes, em dois dias consecutivos, totalizando 12 entrevistas em cada serviço.

Foi realizado o treinamento de três entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim e que já tinham experiência com enquetes populacionais na área de saúde⁵. O treinamento incluiu a discussão dos objetivos do

5 Para a realização da enquete populacional foi contratada uma empresa especializada na realização desse tipo de trabalho de campo (PRODEMAN, Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ). O trabalho de campo foi coordenado e supervisionado pelos pesquisadores, que também treinaram os entrevistadores, juntamente com a empresa contratada.

questionário; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento e questões éticas da pesquisa; o correto preenchimento das respostas; e os critérios de seleção dos usuários a serem entrevistados, para que fosse garantida a aleatoriedade da amostra.

Integrou o treinamento um pré-teste feito com os próprios pesquisadores, quando também se utilizou o pequeno cartaz com a escala das opções de resposta representada graficamente para facilitar a escolha pelos entrevistados. E o pré-teste final do instrumento, após os ajustes e sugestões de modificações que surgiram durante o treinamento, foi realizado com usuários do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, da ENSP/FIOCRUZ. Finalmente, foi feito o ajuste final do instrumento.

Antes da realização da enquete foi elaborado, com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS) – especificamente, o coordenador da área de atenção básica e os supervisores do Programa de Saúde da Família (PSF) –, um roteiro seqüencial das unidades/postos/centros de saúde a serem visitadas cada dia (cronograma). Para esse planejamento utilizou-se um mapa da cidade, onde foram localizadas as unidades de saúde e as informações fornecidas pela SMS sobre o nome das unidades, telefone, endereço, forma de acesso, horário de funcionamento e equipe de profissionais atuando nos diferentes horários. Também foi registrado o roteiro de visitas dos supervisores e os seus respectivos telefones celulares, para que fossem acionados em caso de necessidade.

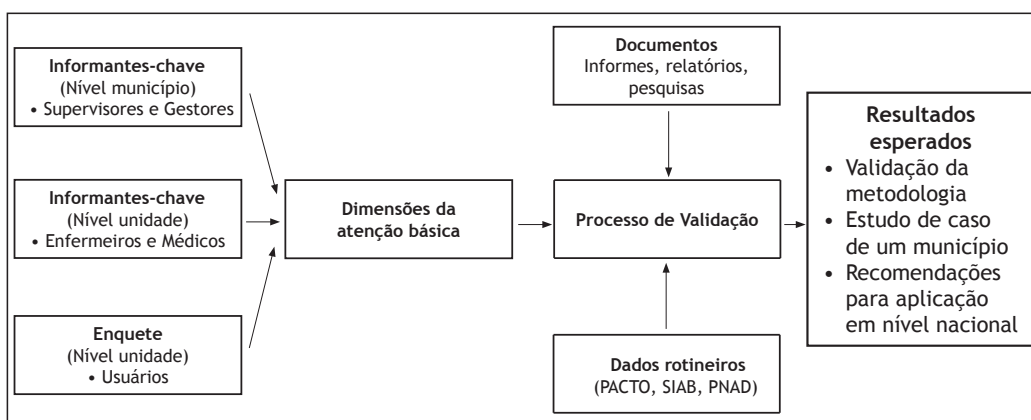
Foram fornecidas cartas de apresentação aos entrevistadores pela SMS e esta informou os serviços sobre a realização da pesquisa.

Um dos coordenadores da pesquisa acompanhou os entrevistadores na primeira semana do trabalho de campo em Petrópolis, com o intuito de complementar o treinamento e assegurar a superação de possíveis imprevistos (ver CD-ROM em anexo).

C. Plano de análise

A figura 2 a seguir apresenta o processo de investigação.

Figura 2 – Processo de investigação



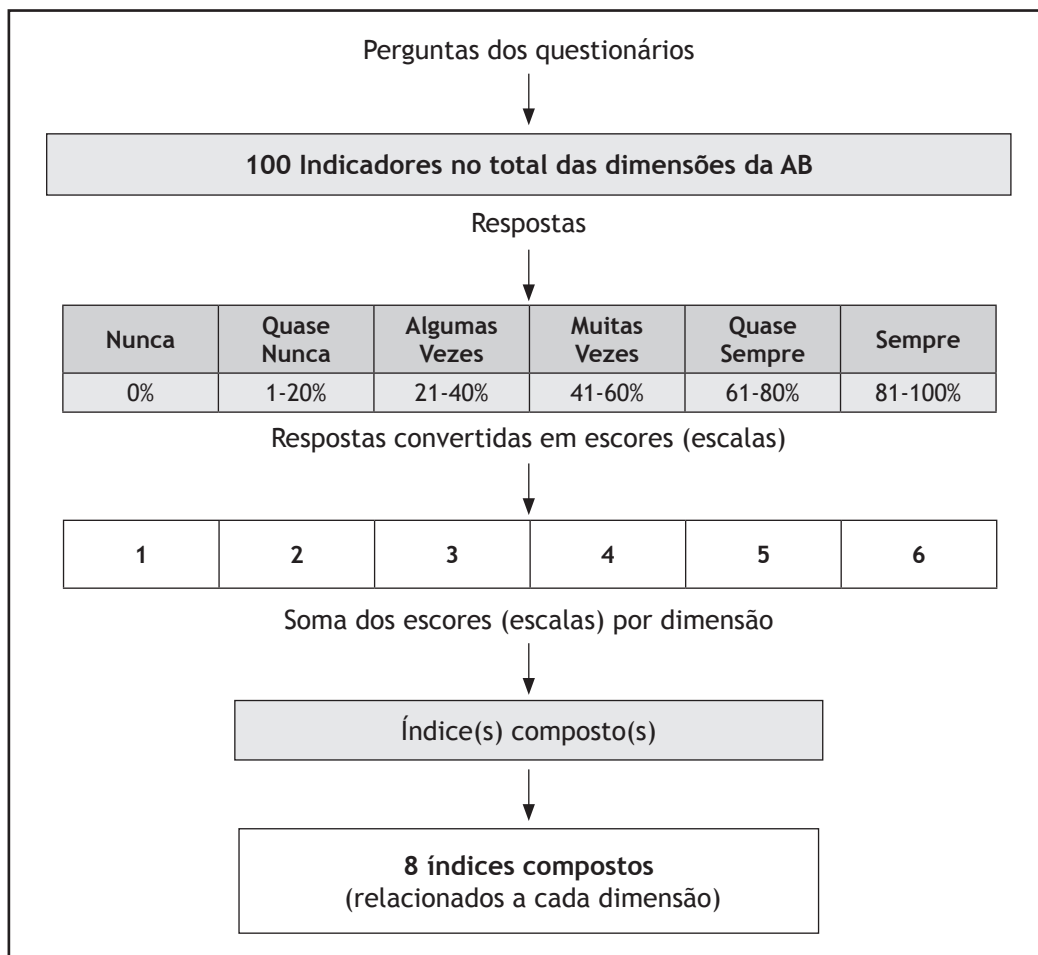
Um dos objetivos da pesquisa foi testar e validar uma metodologia de avaliação rápida que permitisse uma visão crítica da organização e do desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal. Para tal, foram construídos índices compostos que correspondem às oito dimensões da atenção básica consideradas essenciais e selecionadas para avaliação nesta pesquisa.

Os índices compostos foram construídos como descrito a seguir. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existiam seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções foram iguais para cada tipo de entrevistado (profissional de saúde na unidade, supervisor/gestor e usuário). Cada resposta (“nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”) foi então convertida em um escore ou escala, que variou entre 0 e 5. O escore “0” correspondeu à resposta “nunca”, “1” correspondeu à resposta “quase nunca” etc. No caso da enquete com os usuários, como existem também as opções “recusa” e “não sabe”, foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “missing”).

Os escores dos indicadores foram somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da AB. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acesso foram somados e a média dessa soma representou o Índice Composto de Acesso. Esse processo foi seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da AB. Finalmente, foi criado um Índice Composto Total da Atenção Básica que

é o resultado da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total de atenção básica. A Figura 3, a seguir, apresenta o processo de construção dos índices compostos.

Figura 3 – Desenvolvimento dos índices compostos



Outro objetivo da pesquisa foi validar a metodologia de informantes-chave *vis a vis* a triangulação entre outras fontes de dados (dados secundários e entrevistas com usuários), avaliando a concordância e discordância entre diferentes fontes.

Para a validação dos dados coletados a partir dos informantes-chave e da enquete com os usuários foram empregados vários mecanismos, incluindo: a) determinação das propriedades do instrumento (tais como consistência entre itens e análise de fatores); e b) utilização de metodologias qualitativas (triangulação) e quantitativas para medir a validade dos dados coletados com os dados obtidos dos informantes-chave.

O Quadro 3 apresenta os vários testes empregados na construção e validação do instrumento.

Quadro 3 – Testes empregados na validação dos instrumentos

Técnica	Prova estatística	O que pretende testar
Auto-avaliação do informante	Nenhuma	Determina o nível de confiança que cada informante tem nas suas respostas a partir da pergunta se elas foram baseadas na opinião pessoal, segundo sua experiência, ou nos dados e informações disponíveis.
Consistência entre itens	<i>Cronbach's alpha</i> (α)	Permite identificar qual é o nível de correlação entre as perguntas no mesmo índice composto. Determina se as perguntas do questionário medem algum conceito (dimensão) maior.
Análise de fatores	<i>Eigen value</i>	Verifica a existência e composição de fatores latentes (indicadores) no questionário. É utilizado para confirmar ou modificar a composição de cada índice.
Regressão logística multivariada	<i>Odds-ratios</i>	Possibilita determinar a associação entre uma variável independente, que seja de interesse, e uma variável dependente (por exemplo, resultado da ação dos serviços de saúde), controlando outros determinantes da saúde.

Fontes: Streiner & Norman 1995; Devellis 1991.

Essas técnicas (menos a auto-avaliação do informante e a regressão logística multivariada) foram todas empregadas na avaliação de cada questionário, nas duas etapas da pesquisa. A auto-avaliação do informante foi feita somente para os informantes-chave na primeira etapa da pesquisa e a regressão logística só para a segunda fase. O teste de X^2 foi realizado para detectar as diferenças entre os tipos de unidades e entre as diversas fontes de informação (por exemplo, usuários *versus* profissionais nas unidades). Para a segunda fase da pesquisa, o teste-F foi empregado em vez do teste X^2 , pois a amostra dos usuários foi uma amostra por conglomerados e, sendo assim, foi necessário ajustar os desvios-padrão para o agrupamento dos entrevistados nas unidades (Long & Freese, 2001). O teste-F permite verificar se a diferença entre as médias de dois grupos é estatisticamente significativa e pode controlar a complexidade da amostra por conglomerados (o que não é possível com o teste X^2).

A prova estatística *Cronbach's alpha* foi usada para avaliar a validade de cada pergunta na criação de cada dimensão (ou escala) de atenção básica. *Cronbach's alpha* é

a proporção da variação total de uma escala que pode ser atribuída a uma dimensão comum difícil de ser observada ou calculada diretamente. Sendo assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito “latente” desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão. Depois de calcular o *Cronbach’s alpha* para todos os itens, calculou-se a mudança no valor do *Cronbach’s alpha* quando da retirada de um item de cada vez da escala. Se a retirada de um item específico resultar no aumento do valor do *Cronbach’s alpha* significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens da escala e que deve, portanto, ser eliminado (Devellis, 2003).

A técnica de análise de fatores é usada de maneira semelhante à de *Cronbach’s Alpha*, isto é, determina se um grupo de indicadores (como, por exemplo, dez diferentes indicadores de acesso) pode ser agrupado e reduzido a uma dimensão só, que não foi diretamente observada. A técnica foi usada aqui para determinar se os indicadores que, teoricamente, deviam fazer parte da mesma dimensão são de fato redutíveis àquela dimensão.

A regressão logística multivariada, por sua vez, é usada para determinar se, controlando outros determinantes da saúde, a experiência da atenção básica (medida do ponto de vista dos usuários) está correlacionada com o estado de saúde dos que utilizam os serviços. Se, de fato, as dimensões da atenção básica medidas nos questionários estão correlacionadas com a saúde dos indivíduos, pode ser uma evidência científica de que essas dimensões são importantes na organização e desempenho dos serviços de atenção básica em saúde. Essa técnica foi usada apenas para a enquete de usuários, pois foi a única etapa que coletou informações sobre a saúde dos indivíduos.

Outros mecanismos foram utilizados também para assegurar a validade das respostas. Em primeiro lugar, todo informante-chave foi selecionado segundo seu cargo atual, o número de anos que trabalha na municipalidade pesquisada e suas credenciais profissionais. Segundo, todos os informantes-chave foram selecionados para responder sobre o mesmo município, permitindo avaliar a concordância inter-avaliador. E terceiro, todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas. Ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas foi extraída de dados previamente existentes e que porcentagem é unicamente devida à opinião/experiência pessoal do informante.

Finalmente, os resultados dessa sondagem foram cotejados com dados já existentes, estudos de caso, relatórios e outros documentos disponíveis para comparar e avaliar a validade das respostas apresentadas pelos informantes. Esse processo de “triangulação” (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas (Gomes Vitoria *et al.*, 2000).

D. Considerações éticas

Essa pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ (Comissão de Ética na Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ) e da Universidade de *New York (the New York University Committee on Human Subjects)*.

Os primeiros questionários não tratam de informações pessoais e só contêm perguntas sobre a organização do sistema de saúde, não pedindo informações sobre a saúde do informante-chave. Cada entrevistado teve que ler e assinar um Termo de Consentimento, assegurando a livre participação na pesquisa, também aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

O segundo questionário trata de informações pessoais sobre a percepção dos usuários em relação à sua experiência com a utilização dos serviços de atenção básica do SUS em Petrópolis. O questionário contém perguntas sobre os problemas de saúde, os tratamentos recebidos e a opinião do usuário sobre a qualidade do atendimento. Todo entrevistado teve também que ler e assinar o Termo de Consentimento, em duas vias, e uma cópia da carta ficou com o entrevistado. Caso o respondente fosse analfabeto o entrevistador lia a carta para o entrevistado e assinava por ele, uma vez manifestada explicitamente a sua concordância com os termos do consentimento, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa.

Os entrevistados não obtiveram benefícios, nem correram nenhum risco de discriminação ao participar da pesquisa. Podiam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, os entrevistados não foram identificados. As entrevistas foram realizadas numa área da unidade onde o usuário tinha maior privacidade. Somente respostas agregadas foram relatadas e nenhuma resposta individual foi atribuída à fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

VI. RESULTADOS

A análise dos dados incluiu: a) construção de um perfil da atenção básica no Município de Petrópolis, com base nos dados secundários; b) comparação das respostas das diferentes fontes de dados (profissionais nas unidades, gestores/supervisores e usuários dos serviços); c) análise do desempenho das unidades de atenção básica no município; d) análise da percepção dos usuários sobre a atenção recebida em relação à percepção sobre seu estado de saúde, controlada por outros determinantes da saúde; e) apresentação à equipe da SMS dos resultados das entrevistas com os profissionais, os supervisores e gestores, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais); f) apresentação dos resultados da enquête populacional com os usuários à equipe da SMS e aos profissionais das unidades, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais) e a comparação entre as distintas fontes de informação; e g) validação dos instrumentos e da metodologia usando técnicas estatísticas.

A. Um perfil do Município de Petrópolis

O Município de Petrópolis está situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, foi fundado em 1857, possui uma altitude de 809 m com uma área total de 776,6 km² e uma população de 286.348 habitantes, com densidade demográfica de 359,49 hab/km² (Censo Demográfico, 2002). Aos 160 anos, Petrópolis possui mais de 700 construções históricas, tombadas em prol da preservação do patrimônio. Entre elas, encontram-se o Museu Imperial, a Casa de Santos Dumont, a Catedral São Pedro de Alcântara, o Palácio Rio Negro, o Museu Casa do Colono, o Palácio de Cristal e o Palácio Quitandinha, que atraem anualmente mais de 500 mil turistas. A Cidade Imperial, como é chamada, fica a uma hora da capital do estado, Rio de Janeiro.

Alguns dados sobre Petrópolis

Alguns dados sobre o município e sua inserção no estado do Rio de Janeiro estão resumidos na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Alguns dados sobre o município de Petrópolis, 2002.

Indicador	Petrópolis	Estado RJ
Área (km ²) ⁽¹⁾	811	43.696
Habitantes ⁽¹⁾	286.348	14.724.479
Renda per capita anual (R\$) ⁽¹⁾	7.588	9.788
Condição de gestão ⁽²⁾	Plena	n/a
Cobertura pelo PSF (%) (2003) ⁽³⁾	18, 5% (31,8% em 2004)	12,87
Cobertura pelo PACS (2003) ⁽³⁾	9,5% (9,9% em 2004)	-
Médicos/10.000 habitantes ⁽¹⁾	29,2	33,5

Fontes: (1) IBGE, 2002. (2) Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis; (3) Ministério da Saúde, Secretaria Executiva (2003).

Quanto ao processo de descentralização do sistema de saúde, o município está habilitado na gestão plena do sistema municipal pela NOB 1996 desde 1998 e pela NOAS desde 2001. De maneira geral, o sistema local de saúde de Petrópolis conta com considerável capacidade instalada, seja em relação aos serviços de atenção básica ou hospitalares. A expansão do PSF no município resultou num incremento importante no número de médicos e enfermeiros por habitante durante os últimos anos. Alguns dados relevantes sobre a capacidade instalada em saúde estão resumidos na Tabela 3.

Em relação aos gastos públicos – comparando Petrópolis, Rio de Janeiro e Brasil – o município gasta com saúde quase 25% mais do que o valor médio do estado do Rio de Janeiro. E os habitantes de Petrópolis gastam de seu próprio bolso 11% mais com saúde (gasto privado direto) do que o valor médio para o estado do Rio de Janeiro, valor esse que aumentou cerca de 80% entre 2001 e 2002, ao mesmo tempo em que, no mesmo período, no estado esse aumento foi de 70% (Tabela 4). Isso pode ser devido a vários fatores, entre eles maiores necessidades de saúde da população, diferenças na estrutura demográfica, maior demanda por serviços de saúde, uso de serviços mais caros (tais como hospitais e atendimento especializado), ou ainda menor eficiência no uso dos recursos no município. Entretanto, a elucidação desses fatores não foi objeto desta investigação.

Tabela 3 – Capacidade Instalada na área de saúde, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2003.

Indicador	Petrópolis (*)	Estado RJ
Estabelecimentos de saúde (públicos e privados)	152 ⁽¹⁾	4.679 ⁽²⁾
Estabelecimentos públicos de atenção básica	41 (40 em 2004) ⁽¹⁾	1.765 ⁽²⁾
Estabelecimentos privados com fins lucrativos	100 ⁽¹⁾	2.644 ⁽²⁾
Estabelecimentos privados filantrópicos (com CNA válido)	4 ⁽²⁾	122 ⁽²⁾
Estabelecimento médico de sindicatos	1 ⁽²⁾	59 ⁽²⁾
Estabelecimentos ambulatoriais (públicos e privados)	86 ⁽¹⁾	2.966 ⁽²⁾
Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia (públicos)	52 ⁽¹⁾	1.183 ⁽²⁾
Número de unidades hospitalares públicas	9 ⁽¹⁾	317 ⁽²⁾
Número ambulatórios de unidade Hospitalar Geral (públicos)	11 ⁽¹⁾	215
Número de Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada	1 ⁽²⁾	77 ⁽²⁾
Número de centros de saúde públicos	3 ⁽¹⁾	626 ⁽²⁾
Número de postos de saúde públicos	15 (14 em 2004) ⁽¹⁾	309 ⁽²⁾
Número de Unidades de Saúde da Família (PSF)	20 (33 em 2004) ⁽¹⁾	526 ⁽²⁾
Número de Clínicas Especializadas (públicas)	7 ⁽²⁾	213 ⁽²⁾
Unidade Móvel Terrestre p/ Atend. Médico/Odontológico	6 ⁽²⁾	53 ⁽²⁾
Unidade de Vigilância Sanitária	1 ⁽²⁾	65 ⁽²⁾
Outros	10 ⁽²⁾	554 ⁽²⁾
Número total de médicos	835 ⁽³⁾	49.437 ⁽³⁾
Número total de enfermeiros	276 ⁽³⁾	13.656 ⁽³⁾
Número total de Técnicos de Enfermagem	Não disponível	37.852 ⁽³⁾
Número total de Auxiliares de Enfermagem	1.057 ⁽³⁾	66.396 ⁽³⁾
Número total de ACS	196 ⁽¹⁾	3.560 ⁽²⁾

Fontes: (*) Existem diferenças importantes entre os dados oficiais e os encontrados no trabalho de campo da pesquisa. (1) Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. (2) Ministério da Saúde, Secretaria Executiva (2003); Datasus/ Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalar do SUS; (3) Conselhos Federais das categorias profissionais, 2004.

Tabela 4 – Gasto direto com saúde, público e privado, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002

Indicadores	Petrópolis		Estado RJ	
	2001	2002	2001	2002
Despesa total com saúde por habitante	242,15	221,71	131,25	162,95
Despesas com recursos próprios por habitante	47,45	88,43	53,92	78,92

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, SIOPS. <http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/siops2003/municipio/pagoRJ03.def> (acessado em 19/08/2004).

Em termos gerais, segundo os indicadores, o perfil de saúde dos petropolitanos é pior do que o que se verifica para o estado (valor médio dos indicadores). Os indicadores de mortalidade infantil, número de crianças com baixo peso ao nascer e mortalidade materna são mais altos em Petrópolis do que o valor médio do estado. Mas os indicadores de cobertura são um pouco melhores (consultas pré-natal, cobertura do PSF, visitas domiciliares). As taxas de internação não mostram nenhuma tendência consistente, sendo que algumas são mais baixas (tal como internações para diabetes) e outras são mais altas (internações por acidente vascular cerebral). Isso provavelmente reflete a heterogeneidade da pirâmide populacional, da renda e da situação socioeconômica da população, além da variação no acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

Tabela 5 – Indicadores de saúde e cobertura, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002

Indicador	Petrópolis		Estado RJ	
	2001	2002	2001	2002
Taxa de mortalidade infantil ^{3,4}	19,24	19,5	18,25	20,0
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer ³	12,00	11,11	9,03	9,18
Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos ²	19,59	18,85	25,90	23,26
Taxa de mortalidade infantil neonatal ^{3,4}	15,73	14,28	12,78	20,0
Taxa de mortalidade materna ^{3,4}	144,84	109,82	68,08	73,7
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal ³	90,85	90,84	87,39	87,55
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero ⁴	5,32	8,56	6,93	5,8
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama ⁴	25,28	20,42	18,86	18,35
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal ³	70,58	72,24	56,93	57,6
Taxa de internação por acidente vascular cerebral ²	32,82	32,59	32,03	30,04
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares ²	264,38	247,70	173,33	174,54
Taxa de internação por insuficiência cardíaco-congestiva ²	67,16	71,80	64,48	67,00
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético ²	3,72	9,20	18,10	18,20
Proporção de internação por diabetes mellitus ²	1,97	1,99	1,89	1,83
Taxa de mortalidade por tuberculose ⁴	3,79	6,14	7,07	6,53
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família ¹	12,83	18,48	8,36	12,86
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante ¹	1,51	1,39	1,95	1,87
Média mensal de visitas domiciliares por família ¹	0,19	0,21	0,10	0,13

Fontes: Ministério da Saúde/Datasus: (1) Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB); (2) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (3) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (4) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Breve histórico da atenção básica no município de Petrópolis

A estrutura da atenção básica no município de Petrópolis começou a ser desenhada a partir da década de 70 do século XX, tendo como marco o movimento liderado pelo Dr. Villena, médico da Secretaria Municipal de Saúde e professor da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que implantou postos de saúde em várias regiões do município visando facilitar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e organizar o fluxo dos usuários entre os diferentes níveis de atenção. Nesse mesmo período, o Dr. Villena criou a Residência em Medicina Comunitária na Faculdade de Medicina de Petrópolis, fortalecendo ainda mais esse movimento e distribuindo os médicos residentes na rede de postos de saúde. E, em 1974, o município foi sede do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Família, apoiado pela Faculdade de Medicina.

Os postos de saúde foram estabelecidos prioritariamente nos distritos com maior densidade populacional – primeiro e segundo distritos – e poucos foram implantados nos demais. As unidades contavam com médico clínico, pediatra, gineco-obstetras, médicos generalistas e comunitários, enfermeiros e, em alguns serviços, fisioterapeutas, odontólogos e psicólogos. A organização dos serviços de saúde pretendia atender à demanda e não definia uma população formalmente adscrita às unidades.

Uma das melhores unidades básicas de saúde do município era o Centro de Saúde Coletiva, antiga unidade de tratamento ambulatorial para tuberculosos, herdado da Secretaria Estadual de Saúde. Posteriormente, na década de 80, essa unidade foi transformada em um grande serviço de atenção básica, localizado no centro da cidade, sendo referência para todo o município.

A partir da criação do SUS, Petrópolis começou seu processo de descentralização, que se consolidou em 1995 e, em 1998, o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema (NOB 1996). No entanto, a rede de postos de atenção básica praticamente não cresceu, concentrando-se grande parte do atendimento no Centro de Saúde Coletiva. A estrutura física dos postos de saúde era bastante precária, porém os profissionais tinham grande dedicação ao trabalho. O vínculo empregatício era com a SMS e a remuneração era considerada, pelos profissionais bastante satisfatória até o início dos anos 90.

Em 1991, foi criada a Fundação Municipal de Saúde, acreditando-se que agilizaria a autonomia na gestão dos recursos da saúde e aumentaria os investimentos em novos serviços. Em 1994, o município recebeu do Governo Estadual do Rio de Janeiro uma unidade básica modular, toda equipada, para implantar o Programa Médico de Família (PSF), inspirado no modelo de Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro. No entanto, o governo municipal transformou essa unidade num posto de saúde tradicional.

A partir de 1998, o município, ainda com a mesma rede de AB, começou a implantação das equipes do Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, de forma tímida e experimental, implantando duas equipes, com profissionais contratados especificamente para o Programa, mas que não eram vinculados à SMS. Em 1999 e 2000, outras ESF foram implantadas no município, chegando a 11 equipes, sendo que duas eram de responsabilidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

A partir de 2001, a discussão sobre a mudança do modelo assistencial tornou-se mais intensa no município e o governo local fez então um grande investimento no PSF, elevando para 30 o número de equipes implantadas até 2004, sendo que cinco delas funcionam sob a responsabilidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis, totalizando uma cobertura de mais de 30% da população. A habilitação do município na gestão plena do sistema foi reiterada com a NOAS 2001.

Em 2004 a rede de atenção básica era constituída por mais de 40 unidade de saúde, das quais cerca de 30 eram PSF, algumas com até três equipes básicas trabalhando, e as restantes eram as unidades básicas tradicionais (UBS). O antigo Centro de Saúde Coletiva chama-se agora Instituto de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, acumulando serviços de atenção básica e especializada. O município é também signatário do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), estando comprometido com a ampliação da cobertura do PSF para 70% da população até 2008.

Vale ressaltar que nem o município nem a Secretaria Estadual de Saúde possuem essas informações em registros oficiais (por exemplo, não se encontra registrada a data de criação de cada uma das unidades de saúde, nem mesmo dos primeiros postos de saúde mencionados acima), sendo que a lógica histórica e cronológica de constituição da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, reconstituída acima, foi obtida a partir de entrevistas informais realizadas com profissionais de saúde da SMS que vivenciaram essa história a partir da década de 70, seja como estudantes ou residentes de Medicina Comunitária, seja como gerentes ou como gestores do sistema, ao longo de todo esse período, até o presente momento. Somente com a implantação das equipes do PSF é que esse tipo de registro oficial vem sendo realizado.

B. Primeira etapa da pesquisa: entrevistas com profissionais e gestores

O trabalho de coleta dos dados desta primeira fase foi realizado em junho e julho de 2003. Foram entrevistados profissionais (médico ou enfermeiro, segundo disponibilidade do profissional no momento do trabalho de campo) de 23 (100%) das unidades do PSF e 10 (75%) dos 15 postos e centros de saúde tradicionais no município (total de 33 das 41 unidades existentes na época de realização do trabalho de campo). Quatro supervisores

(2 do PSF e 2 das UBS) foram entrevistados, além de dois gestores da SMS/Petrópolis. Portanto, foram realizadas 39 entrevistas. Todo supervisor e gestor tinha pelo menos cinco anos de experiência na cidade. Foram incluídos nesta etapa da pesquisa os postos e centros de saúde que atendem a maioria da população, identificados pelo censo, com base no número de procedimentos executados por unidade em 2002 (SIASUS, 2002). As entrevistas duraram em média 20 minutos, algumas foram autopreenchidas, sem a participação do entrevistador, e outras (poucas) foram respondidas em pequenos grupos de profissionais de uma mesma unidade, que discutiram suas respostas em conjunto. Essas diferentes maneiras de entrevistar foram realizadas para testar diferentes formas de conduzir as entrevistas e todas elas funcionaram muito bem. O Anexo III apresenta a lista de todas as unidades incluídas na pesquisa, identificadas pelo código que lhes foi atribuído.

Os resultados desta primeira etapa da pesquisa são apresentados em oito seções que correspondem às dimensões essenciais da atenção básica trabalhadas na pesquisa (ver CD-ROM em anexo - Instruções para entrada de dados). Cada seção descreve os resultados obtidos para cada indicador e o índice composto para cada dimensão, segundo a escala utilizada. Esses resultados se referem às respostas das 33 entrevistas realizadas com os profissionais das unidades, pois cada um deles respondeu sobre uma mesma unidade. Os resultados das entrevistas com os gestores e supervisores foram utilizados para comparar as respostas de distintos informantes-chave.

1. Acesso

O índice composto de acesso é 2,2 para as unidades do PSF e 2,3 para as unidades básicas tradicionais (UBS). A diferença do índice entre as primeiras e as segundas não é estatisticamente significativa. Mas entre os vários indicadores específicos existem diferenças (Tabela 6 e Gráfico 1).

Entre os principais achados destaca-se:

- É mais provável conseguir uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas nas unidades do PSF do que nas UBS.
- As UBS tradicionais têm mais probabilidade de estar abertas durante o fim de semana do que as unidades do PSF.
- É mais provável ter de esperar mais de 30 minutos para uma consulta médica não marcada nas unidades do PSF do que nas UBS.

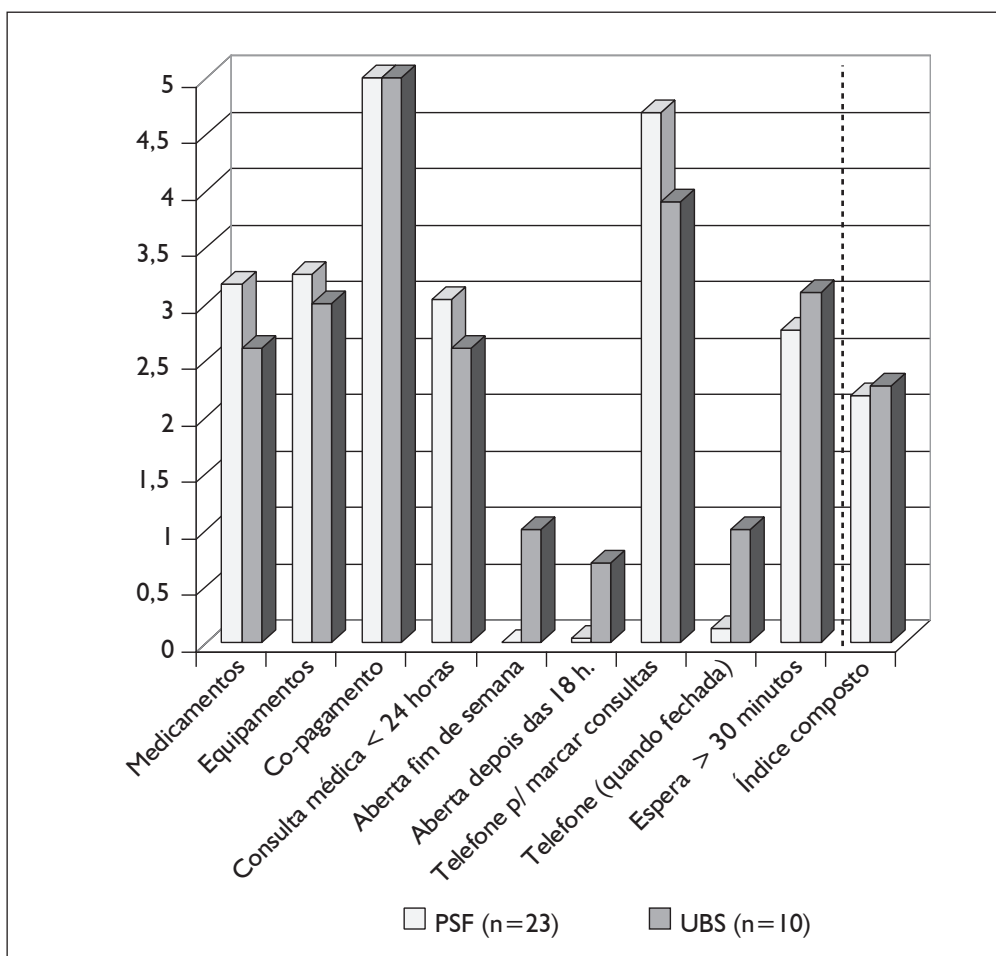
Tabela 6 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Medicamentos adequados	3,17	2,60	3,00	6,9(5)
Equipamentos adequados	3,26	3,00	3,18	1,39(5)
Co-pagamento	5,00	5,00	5,00	N/a
Consulta médica < 24 horas	3,04	2,60	2,90	9,32(5)*
Aberta durante o fim de semana	0,00	1,00	0,30	4,89(1)**
Aberta um dia depois das 18 horas	0,04	0,70	0,24	5,22(3)
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,69	3,90	4,45	2,13(2)
Telefone (quando fechada)	0,13	1,00	0,39	5,57(3)
Espera média mais de 30 minutos	2,77	3,10	2,87	9,74(5)*
Índice composto – Acesso	2,18	2,27	2,20	18,0(15)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

A diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais talvez pareça maior do que é na realidade porque entre estas últimas foi incluído um centro de saúde que fica aberto 24 horas. Se excluirmos esse serviço da análise, não existe diferença significativa entre os dois tipos de unidades no horário normal de funcionamento.

Gráfico 1 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



2. Porta de entrada: atenção ao primeiro contato

Os resultados indicam que, apesar da grande diferença entre os dois tipos de unidades, ela não é estatisticamente significativa. Tanto as unidades do PSF quanto as tradicionais funcionam menos de 60 por cento do tempo como portada de entrada no sistema de saúde em Petrópolis. É provável que essa diferença não seja estatisticamente significativa por causa da grande variação entre as unidades do PSF. Aproximadamente um terço das respostas dos profissionais das equipes do PSF apresenta um valor menor que a média. O índice composto não foi criado porque existe somente um indicador de porta de entrada (Tabela 7).

**Tabela 7 – Porta de entrada por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003**

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl)*
	Média	Média	Média	
Necessária uma consulta nas unidades básicas antes de buscar serviços nos outros níveis de atenção	3,43	2,20	3,00	5,75(5)

(*) gl = graus de liberdade

O resultado sugere que essa dimensão poderia ser mais bem trabalhada pelo município, uma vez que um dos princípios do PSF é funcionar como porta de entrada ao sistema saúde.

3. Vínculo

As unidades do PSF estabelecem vínculo mais forte com seus usuários do que as UBS tradicionais. O índice composto é 4.4 (de um total possível de 5) para o PSF e 3.9 para as UBS. Esta diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$) (Tabela 8 e Gráfico 2).

Além da diferença no índice composto também existe uma variação entre os indicadores específicos de vínculo:

- a população adscrita é mais freqüente nas unidades do PSF do que nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- os usuários têm mais facilidade para telefonar ou falar com o mesmo profissional de saúde que o atendeu, quando têm algum problema ou pergunta sobre seu tratamento, nas unidades do PSF do que nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- o usuário é examinado pelo mesmo profissional, cada vez que vai à consulta, mais freqüentemente nas UBS tradicionais do que no PSF, mas esta diferença não é estatisticamente significativa;
- todas as unidades do PSF e as UBS tradicionais reportam que os profissionais de saúde sempre usam os prontuários médicos em cada consulta do usuário.

Tabela 8 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Usuários são examinados pelo mesmo profissional	3,50	4,40	3,78	5,70(3)
População adscrita	4,78	2,33	4,09	14,64(3)**
Acesso aos profissionais para esclarecer as dúvidas	4,48	3,00	4,03	12,14(5)**
Tempo suficiente para a consulta	4,56	4,2	4,45	3,91(3)
Utilização do prontuário médico	5,00	5,00	5,00	N/a
Profissionais informados sobre medicamentos usados	4,34	4,40	4,42	0,91(3)
Notificação se usuário não consegue medicamento	3,96	3,60	3,85	3,43(4)
Índice composto: Vínculo	4,39	3,87	4,23	19,58(11)**

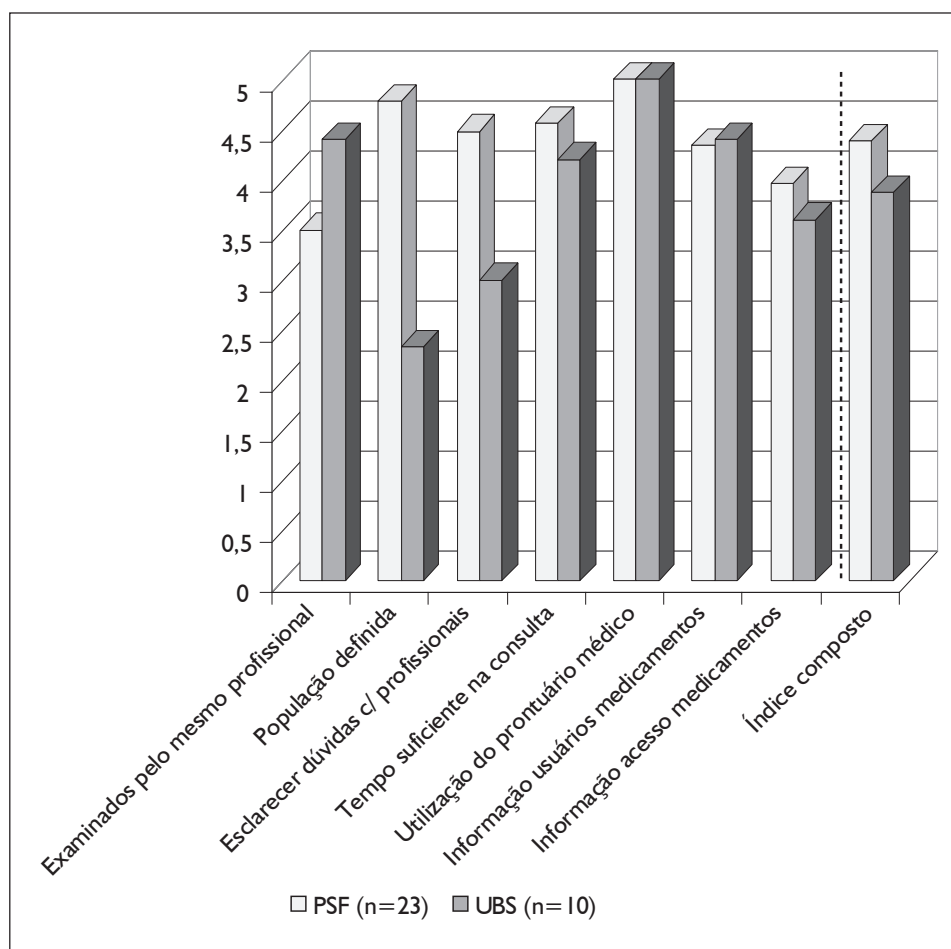
(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Esses resultados merecem algumas observações. Os profissionais das UBS tradicionais são em maior número do que os das unidades do PSF. O fato de ser mais provável que o mesmo profissional atenda o usuário em diferentes consultas nas unidades tradicionais do que nas do PSF é surpreendente, uma vez que as unidades do PSF normalmente têm apenas um médico e um enfermeiro. Discussões com integrantes da equipe do programa revelam que os profissionais das equipes do PSF talvez tenham uma melhor definição de atividades a serem desenvolvidas pelos participantes da equipe, sendo que para muitos problemas de saúde o usuário somente consulta com o enfermeiro, mas para outros problemas teria que consultar com o médico. Isso explicaria talvez a variação no profissional que atende.

Com respeito à população adscrita, é interessante notar que quase a metade dos profissionais das UBS tradicionais respondeu que a unidade atende a uma população definida, embora essa não seja uma norma de organização. Conversações com as equipes revelaram que alguns postos de saúde contam como seus usuários pessoas que também são atendidas pelo PACS; e pelo menos um posto de saúde constatou que usuários do PSF também freqüentam o posto de saúde tradicional, caso a fila de espera esteja muito longa na unidade do PSF.

Em relação ao vínculo, o fato de os profissionais do PSF estabelecerem um vínculo mais claro com o usuário seria porque dispõem de mais tempo durante a consulta, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional. Pode ser que, em alguns casos, a capacitação específica dos médicos no PSF, segundo os princípios do programa, tenha influenciado a atitude do profissional e o conteúdo da consulta, dando mais ênfase à escuta do usuário, esclarecimento de dúvidas etc. Entretanto, tanto os profissionais das unidades do PSF quanto os das UBS tradicionais avaliam que o tempo destinado para cada consulta é suficiente. Finalmente, é também importante enfatizar uma “boa prática” que ocorre em todas as unidades – o uso do prontuário médico em toda consulta – além de que quase todos os profissionais afirmam perguntar, durante a consulta, sobre os medicamentos que o usuário está tomando e possíveis outras intercorrências.

Gráfico 2 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



4. Elenco de serviços

O índice composto de elenco de serviços para o PSF é quase igual ao índice para as UBS tradicionais (3.98 *versus* 3.70), e essa pequena diferença não é estatisticamente significativa. Entretanto, existem diferenças importantes entre alguns indicadores específicos (Tabela 9 e Gráfico 3a e 3b).

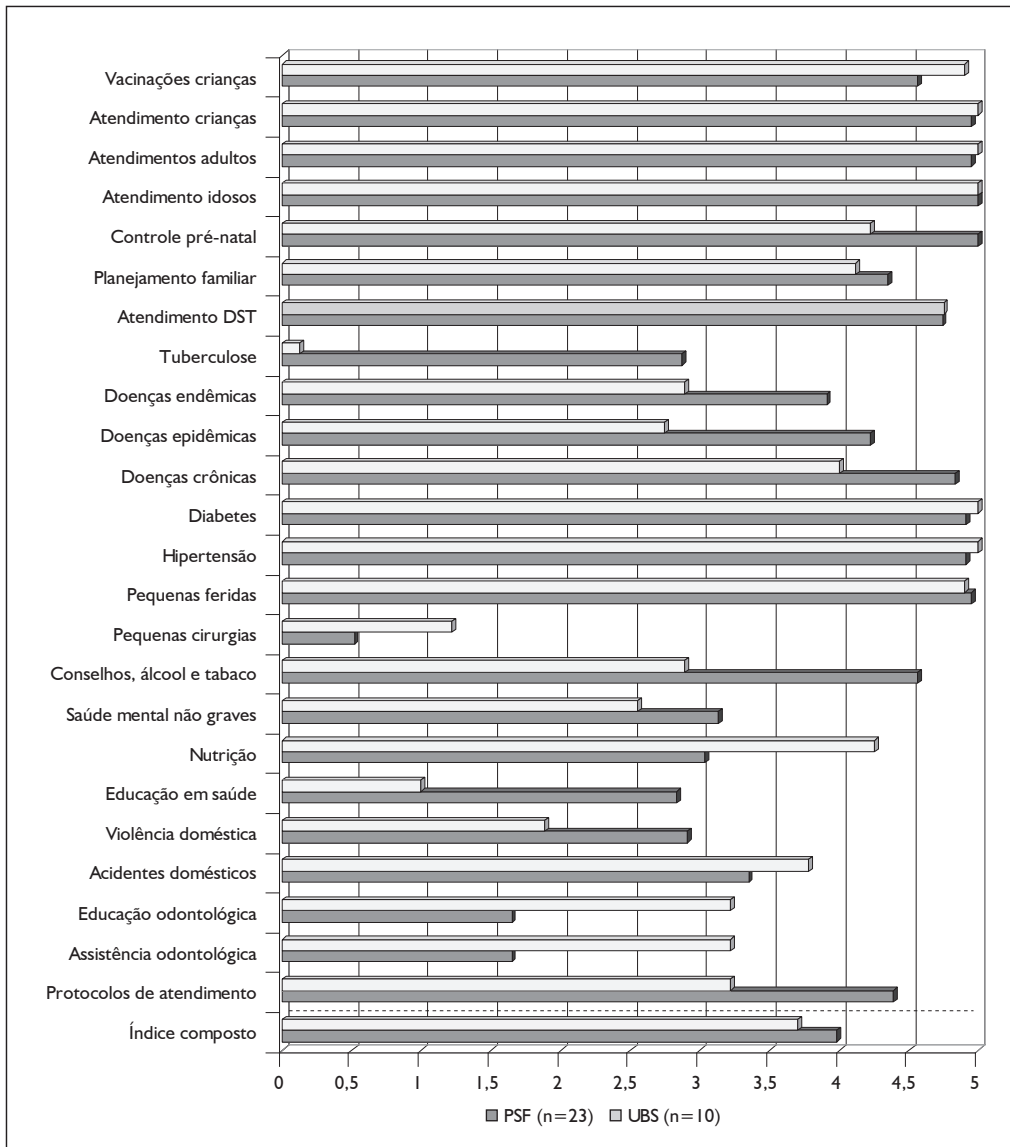
- As unidades do PSF oferecem mais freqüentemente controles pré-natais do que as UBS tradicionais ($p < 0.05$).
- Os postos do PSF oferecem mais controles para tuberculose do que as UBS ($p < 0.05$). Importante notar que o programa de controle de tuberculose é centralizado e tanto as unidades do PSF quanto as UBS tradicionais acompanham os pacientes, mas a distribuição dos medicamentos e a definição do tratamento são normatizadas pelo programa municipal.
- As unidades do PSF mais freqüentemente oferecem aconselhamento sobre o uso de álcool e tabaco do que as UBS ($p < 0.1$), assim como educação em saúde em geral ($p < 0.1$).
- As unidades do PSF oferecem mais informações sobre a violência doméstica ($p < 0.05$).

**Tabela 9 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003**

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Vacinações para crianças	4,56	4,90	4,67	1,43(3)
Atendimento para crianças	4,95	5,00	4,97	0,45(1)
Atendimentos para adultos	4,95	5,00	4,97	0,45(1)
Atendimento para idosos	5,00	5,00	5,00	N/a
Controle pré-natal	5,00	4,22	4,78	8,46(2)**
Serviços de planejamento familiar	4,35	4,12	4,29	4,18(2)
Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	4,74	4,75	4,74	3,41(3)
Programa de controle de tuberculose	2,87	0,13	2,16	10,64(4)**
Tratamento de doenças endêmicas	3,91	2,89	3,62	5,60(4)
Tratamento de doenças epidêmicas	4,22	2,75	3,84	7,85(5)
Atendimento de doenças crônicas	4,83	4,00	4,61	7,29(4)
Tratamento/controlado de diabetes	4,91	5,00	4,94	0,83(1)
Tratamento/controlado de hipertensão	4,91	5,00	4,94	0,92(1)
Tratamento de pequenas feridas	4,95	4,90	4,94	0,39 (1)
Pequenas cirurgias	0,52	1,22	0,72	4,29(4)
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	4,56	2,89	4,09	9,88(5)*
Problemas de saúde mental não graves	3,13	2,55	2,97	3,23(5)
Programa de nutrição	3,04	4,25	3,35	6,4(4)
Educação em saúde	2,83	1,00	2,31	7,35(3)*
Educação sobre violência doméstica	2,91	1,89	2,62	13,3(5)**
Educação sobre acidentes domésticos	3,35	3,78	3,47	3,88(5)
Educação preventiva odontológica	1,65	3,22	2,09	3,04(5)
Assistência preventiva odontológica	1,65	3,22	2,09	3,81(3)
Existência de protocolos específicos de atendimento	4,39	3,22	4,06	9,74(4)**
Índice composto: Elenco de serviços	3,98	3,70	3,89	21,55(20)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 3 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Entre as áreas de ação prioritárias o PSF é superior às UBS tradicionais apenas na oferta de controles pré-natais e no controle da tuberculose. Não é clara a razão pela qual o PSF parece oferecer mais controles pré-natais do que os postos de saúde tradicionais. Uma explicação possível é a natureza das visitas domiciliares. Se uma grávida não faz a consulta segundo planejado, os agentes comunitários devem visitá-la para saber o que está acontecendo e alertá-la para que compareça à consulta. Embora esta pesquisa não

tenha testado esta hipótese ela representa uma área importante a ser explorada, pois este poderia ser um indicador fundamental de diferença de qualidade no acompanhamento da gestação oferecido pelo PSF.

Quanto ao controle da tuberculose, embora seja centralizado, é interessante observar que o PSF reportou uma maior oferta de controle da doença, ainda que a realização dos exames e a distribuição dos medicamentos sejam feitas pelo programa e não nas unidades. Ao mesmo tempo, como o controle de tuberculose é uma prioridade para o PSF (refletida na presença do indicador no Pacto da Atenção Básica), parece lógico que as ESF do PSF estejam mais conscientizadas sobre a doença do que as equipes das UBS. Nas discussões com os profissionais dessas equipes eles admitem que o tratamento para a tuberculose acontece em “outro lugar”, mas referem que são eles que fazem o acompanhamento do paciente e que cuidam dos outros aspectos da sua saúde relacionados à doença, assim como da saúde da família.

O PSF aparentemente dá mais ênfase à promoção da saúde do que as UBS – educação para a saúde, conselhos sobre o uso de tabaco e álcool, sobre violência doméstica, entre outros. Esta oferta provavelmente reflète a orientação comunitária do PSF e a capacitação dos membros da equipe sobre esses temas. Não obstante, o valor absoluto da oferta de educação para a saúde é baixo: os profissionais das unidades do PSF informaram que oferecem educação em saúde apenas em cerca de 40 a 60% das consultas. Portanto, esta é uma dimensão que mereceria ser mais bem explorada em futuras pesquisas.

Por outro lado, no atendimento odontológico as unidades do PSF apresentaram pior resultado que as UBS tradicionais. Apesar de existir a decisão política de implantar serviços de odontologia nas unidades do PSF, esta meta ainda não foi realizada. Mesmo sem odontólogos trabalhando nas equipes do PSF seria possível melhorar a educação preventiva odontológica, talvez por meio dos ACS ou atividades realizadas nas escolas.

Finalmente, as equipes do PSF têm mais protocolos clínicos específicos de atendimento para os serviços oferecidos. Esse fato reflète a ação do Ministério de Saúde, que com os Pólos de Capacitação, formulou e distribuiu protocolos de atendimento para as doenças prioritárias do programa. Os protocolos fazem parte do treinamento das equipes do PSF. Para melhorar a situação nas UBS tradicionais talvez valesse a pena estimular ou implantar a utilização dos mesmos protocolos do PSF.

5. Coordenação

Na dimensão coordenação, segundo os profissionais, não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais (Tabela 10 e Gráfico 4). O valor médio para

os dois tipos de unidades é praticamente igual. Entretanto, algumas diferenças específicas incluem:

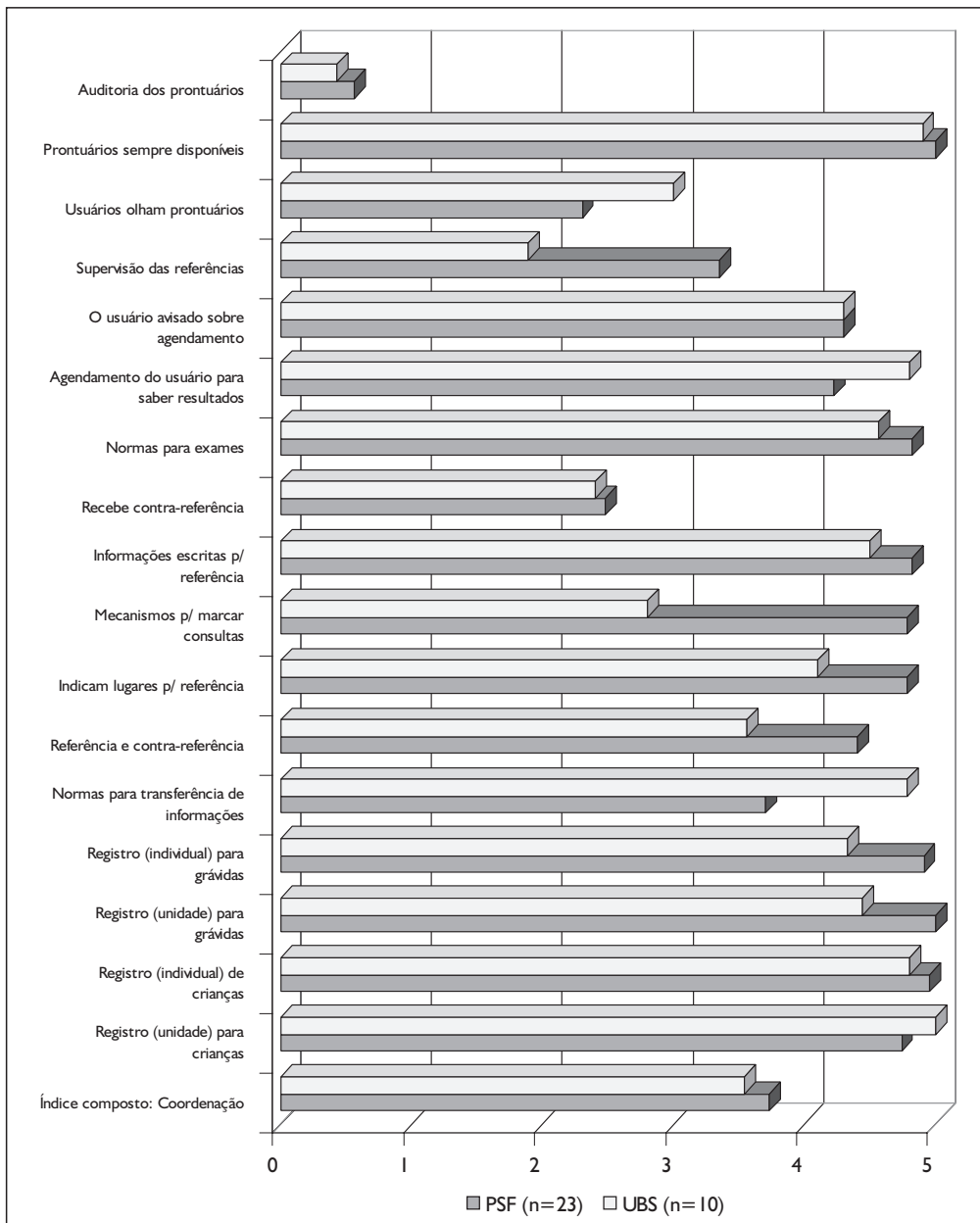
- PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam mais freqüentemente o fornecimento de informações escritas para os usuários entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); e
- nos dois tipos de unidades os profissionais reportam problemas no processo de contra-referência, somente recebendo informações sobre os resultados de interconsultas em cerca de apenas metade dos casos.

**Tabela 10 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003**

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Registro (unidade) para crianças	4,74	5,00	4,82	0,93(2)
Registro (individual) de crianças	4,95	4,80	4,91	2,06(1)
Registro (unidade) para grávidas	5,00	4,44	4,84	2,64(1)
Registro (individual) para grávidas	4,91	4,33	4,75	2,72(2)
Normas para transferência de informações entre níveis de atenção	3,70	4,78	4,00	6,83(4)
Normas para referência e contra-referência (são usadas?)	4,40	3,56	4,15	15,2(3)**
Profissionais indicam lugares de atendimento referido	4,78	4,10	4,57	6,14(3)
Mecanismos para marcar consultas com um especialista	4,78	2,80	4,18	16,3(4)**
Profissionais fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido	4,82	4,50	4,73	8,14(3)**
Profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre visitas referidas	2,48	2,40	2,45	8,67(5)
Normas para a realização de exames laboratórios	4,82	4,56	4,75	6,02(3)
Agendamento do usuário para resultados dos exames	4,22	4,80	4,40	4,08(3)
O usuário é avisado sobre esse agendamento	4,30	4,30	4,30	2,79(3)
Existe supervisão das referências aos outros níveis de atenção	3,35	1,89	2,94	7,60(5)
Usuários têm acesso aos seus prontuários médicos	2,30	3,00	2,48	3,78(4)
Os prontuários médicos sempre estão disponíveis	5,00	4,90	4,97	2,37(1)
Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	0,56	0,43	0,53	3,73(3)
Índice composto: Coordenação	3,73	3,54	3,67	20,38(21)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 4 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



O PSF mostrou melhor coordenação que as UBS tradicionais em três áreas. Duas delas (utilização de normas para referências e fornecimento de informações escritas para serem entregues ao serviço especializado) têm a ver com as ações do médico ou enfermeiro que faz a referência e podem refletir a capacitação permanente da equipe do PSF. A

outra (mecanismos para marcar consultas com especialistas), supostamente, deveria ser igual para os dois tipos de unidades. Uma possível explicação para essa diferença, segundo os profissionais, seria que a Secretaria Municipal de Saúde daria maior apoio às referências do PSF do que às das unidades tradicionais.

Quase todos os profissionais responderam que se o cliente quisesse olhar seu prontuário médico poderia fazê-lo, mas como praticamente nenhum usuário costuma fazer essa solicitação os entrevistados não souberam como responder essa pergunta.

6. Enfoque familiar

Observa-se uma diferença importante entre as unidades PSF e as UBS tradicionais no que se refere ao enfoque familiar, sendo que é mais freqüente nas unidades do PSF (4.5) do que nas tradicionais (3.13), e essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Existem várias outras diferenças entre os indicadores específicos (Tabela 11 e Gráfico 5):

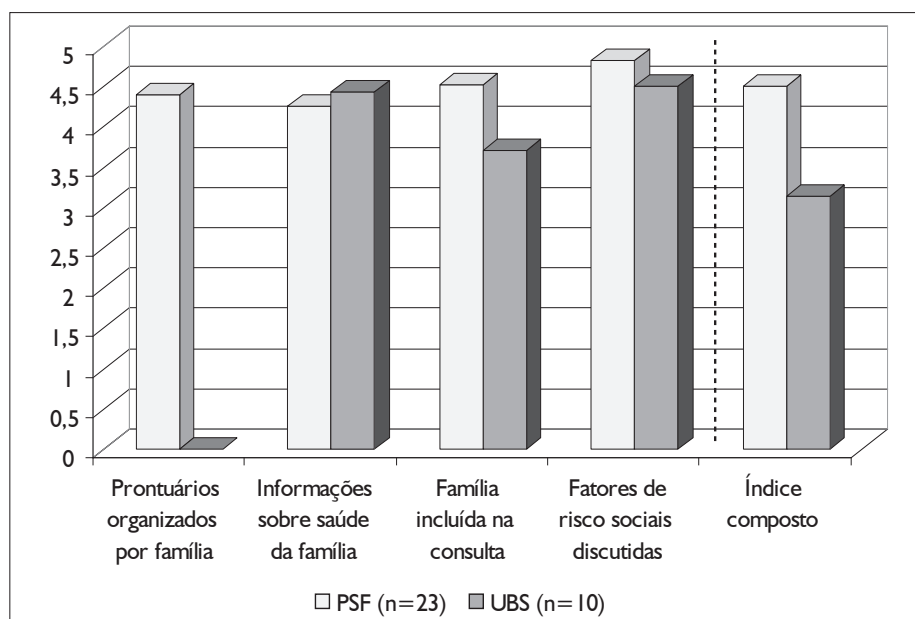
- nas unidades do PSF os profissionais afirmam que quase todos os prontuários médicos são organizados por família, mas nenhum é organizado dessa maneira nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam que mais freqüentemente perguntam ao usuário sobre fatores de risco na família ($p < 0.1$); e
- quase todas as unidades, sejam PSF ou não, incluem perguntas sobre fatores de risco socioeconômico durante a consulta.

**Tabela 11 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003**

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Prontuários organizados por família	4,39	0,00	3,06	25,1(2)**
Consulta pede informações sobre saúde dos parentes	4,26	4,44	4,31	0,85(3)
A família pode ser incluída na discussão do problema da saúde	4,52	3,70	4,27	7,36(3)*
Consulta pede informações sobre fatores de risco socioeconômicos	4,82	4,50	4,73	3,29(2)
Índice composto: Enfoque familiar	4,50	3,13	4,08	25,1(11)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 5 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Esse resultado confirma a implementação de uma das principais diretrizes do PSF, o foco de ação está voltado para a família (Canesqui & de Oliveira, 2002). É importante mencionar, porém, que mesmo as UBS tradicionais poderiam melhorar sua atuação nesta dimensão e incluir a família na consulta, além de perguntar sobre os fatores de risco e as condições de vida do usuário, assim como organizar os prontuários segundo a lógica familiar.

7. Orientação para a comunidade

Existe diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais em relação à orientação comunitária. Em geral, as do PSF são mais voltadas para a comunidade, mas o índice composto não é estatisticamente significativo, provavelmente por causa da grande variabilidade entre as unidades do PSF (Tabela 12 e Gráfico 6). Além disso, observa-se que:

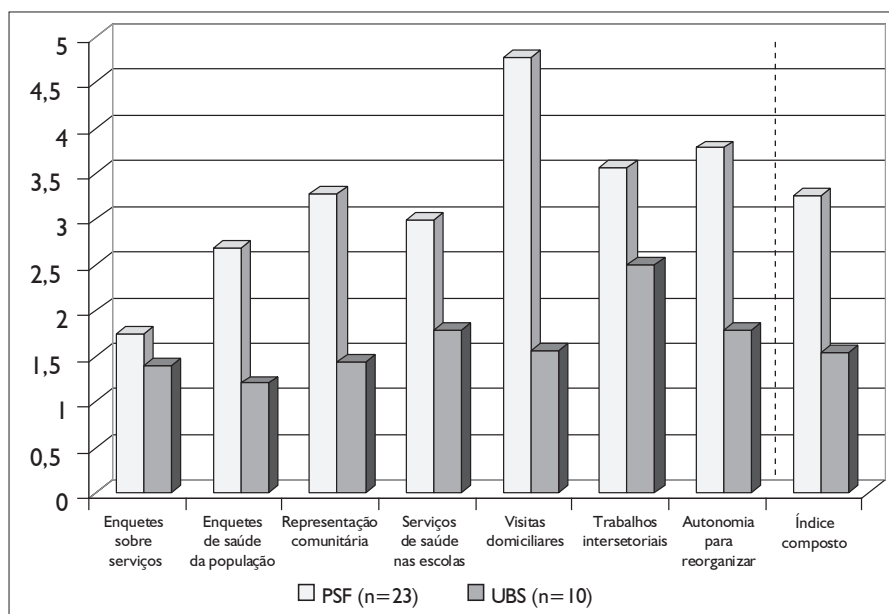
- as unidades do PSF realizam mais enquetes para saber os problemas de saúde nas comunidades ($p < 0.05$);
- as unidades do PSF mais freqüentemente oferecem visitas domiciliares ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF mais freqüentemente reportam realizar trabalhos interseoriais na comunidade; e
- os profissionais também informam maior autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade ($p = 0.1$).

Tabela 12 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl) ^{***}
	Média	Média	Média	
Enquetes para saber se serviços respondem às necessidades da população	1,74	1,40	1,64	4,27(5)
Enquetes para identificar problemas de saúde da população	2,69	1,20	2,24	10,9(5)**
Representantes da comunidade participam na unidade	3,27	1,44	2,74	7,49(4)
Serviços de saúde nas escolas	3,00	1,78	2,65	4,32(4)
Visitas domiciliares	4,78	1,55	3,87	19,7(4)**
Trabalhos intersetoriais	3,56	2,50	3,29	13,6(5)**
Reorganizar serviços com base nos problemas da comunidade	3,78	1,78	3,22	7,48(4)*
Índice composto: Orientação para a Comunidade	3,26	1,54	2,74	28,2(24)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 6 – Orientação comunitária por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



8. Formação profissional

Existe diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais no que se refere à formação e orientação dos profissionais de saúde para a atenção básica. As unidades do PSF são mais freqüentemente associadas com melhor formação nesta área ($p < 0.05$) (Tabela 13 e Gráfico 7). Ressalta-se que:

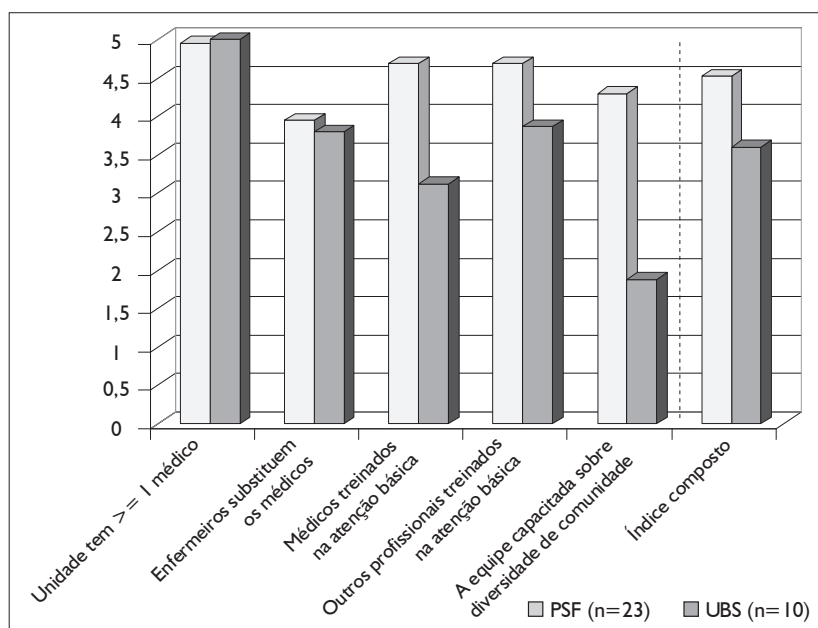
- Os médicos no PSF são mais freqüentemente treinados na atenção básica do que os médicos que trabalham nos postos tradicionais ($p < 0.05$).
- As equipes do PSF foram mais provavelmente treinadas para compreender e atuar segundo a diversidade cultural da comunidade do que as equipes nos postos de saúde tradicionais ($p < 0.05$).

Tabela 13 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X ² (gl)***
	Média	Média	Média	
Porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico	4,95	5,00	4,97	0,48(1)
Enfermeiros ou outros profissionais substituem os médicos	3,95	3,80	3,90	7,75(2)
Médicos com treinamento na atenção básica	4,69	3,12	4,29	11,3(4)**
Outros profissionais com treinamento na atenção básica	4,69	3,87	4,38	6,07(3)
Equipe capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade	4,30	1,88	3,73	16,4(5)**
Índice composto: Formação profissional	4,52	3,60	4,24	22,7(10)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 7 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Portanto, para reorientar o modelo assistencial do SUS tomando como referência a atenção básica seria preciso mudar o processo de trabalho das equipes das UBS e ampliar a capacitação dos profissionais que atuam na AB, seja nas unidades do PSF ou nas UBS tradicionais.

9. Índice composto total de atenção básica

Para comparar a experiência total da atenção básica entre os dois tipos de unidades – PSF e UBS tradicional – foi construído um índice composto total que representa o valor médio da soma dos outros oito índices compostos.

Segundo as respostas dos informantes-chave, existe uma diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais no que se refere ao índice composto total da atenção básica. As unidades do PSF têm um valor maior (3,71) que as UBS (2,88), diferença esta que é estatisticamente significativa ($P < 0.05$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Índice composto total, por tipo de unidade (informantes-chave), 2003

Variável	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Ambos (n = 33)
Índice composto total de atenção básica	3,71	2,88	3,32*

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

C. Segunda etapa da pesquisa: enquete com os usuários dos serviços⁶

O trabalho de coleta de dados foi iniciado no dia 13 de janeiro de 2004 e concluído no dia 20 de fevereiro de 2004, tendo sido realizado nos 40 postos/centros/unidades de saúde (uma unidade foi fechada entre a primeira e segunda fase da pesquisa), ou seja, o total de serviços que compõem a rede de atenção básica do município na época, incluindo as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) implantadas até então. Cada unidade foi visitada duas vezes, em períodos e dias diferentes, para completar o número definido na amostra (12 entrevistas por serviço).

Foram realizadas 503 entrevistas, sendo que 34 delas foram coletadas para compor um estoque de entrevistas de reserva, a serem utilizadas na hipótese de anulação de alguma delas por problemas técnicos ou de preenchimento do questionário. Sendo assim, a amostra da pesquisa totalizou 469 entrevistas, depois das substituições necessárias efetuadas.

As entrevistas duraram em média 20 minutos e o número de entrevistas por unidade por dia variou em função de problemas logísticos e número de usuários presentes.

O Anexo IV contém a lista das unidades, segundo o código distribuído, e o número de usuários entrevistados em cada uma delas.

Como na primeira etapa, os resultados destas entrevistas com os usuários são apresentados em oito seções, que correspondem às dimensões essenciais da atenção básica trabalhadas nesta pesquisa (Ver CD-ROM em anexo - Instruções para entrada de dados). Apresenta-se também uma breve descrição dos(as) usuários(as) entrevistado(as). Os resultados destas entrevistas foram comparados com as respostas dos distintos informantes-chave (profissionais, gestores e supervisores).

6 O sistema de entrada e crítica de dados desta etapa da pesquisa foi elaborado por Fernando Cesar de Castro Bezerra, da PRODEMAN/UERJ, empresa que realizou o trabalho de campo da enquete, juntamente com a coordenação da pesquisa. Mas a análise dos dados foi elaborada pela equipe de pesquisadores.

Descrição demográfica da população entrevistada

As pessoas entrevistadas são predominantemente do sexo feminino, idade média de 40 anos e com baixo nível de escolaridade (85 % não completaram o primeiro grau). Quase todas têm as necessidades básicas do domicílio satisfeitas (isto é, tem luz, água encanada, banheiro, televisão ou rádio em casa), mas, aparentemente, são de nível econômico baixo – somente 68% tem telefone em casa e apenas 26% tem carro (Tabela 15).

Tabela 15 – Descrição da população entrevistada, Petrópolis, 2004

Variável	PSF	UBS	Ambos
	(n = 283)	(n = 186)	(n = 469)
Idade (média)	39,6	39,96	39,75
Acompanhando criança ou idoso (%)	11,66	17,2	13,86
Mulher (%)	81,28	83,34	82,09
Não completou primeiro grau (%)	22,66	26,37	24,13
Água encanada na casa (%)	96,11	94,62	95,52
Televisão na casa (%)	94,69	97,84	95,95
Carro (%)	27,56	22,58	25,59
Telefone em casa (%)	66,07	70,96	68,02
Estado de saúde é bom ou muito bom (%)	60,42	53,22	57,57
Pelo menos uma doença crônica (%)	59,36	61,29	60,13
Mais de uma doença crônica (%)	31,44	30,64	31,13
Hipertensão (%)	43,1	42,39	42,83
Depressão (%)	19,5	18,37	19,06

Segundo a percepção dos entrevistados, seu estado de saúde é pior do que o da população em geral: apenas 57% referem que o seu estado de saúde é bom ou muito bom; 60% têm pelo menos uma doença crônica (diabetes, hipertensão, câncer, artrite, asma, doença do coração ou depressão), sendo que, entre eles, 43% têm hipertensão e quase 20% relatam que tem depressão; e 31% têm alguma co-morbidade (mais de uma doença crônica) (Tabela 15).

O fato de essa população ser principalmente “doente” era esperado, pois as pessoas entrevistadas foram selecionadas e incluídas na amostra entre os usuários de unidades de saúde que estavam no próprio serviço em busca de atendimento, além de ser uma população que não usa regularmente esses serviços para ações de prevenção. Na Pesquisa

Mundial de Saúde 2003 (Swarzcwald *et al.*, 2004), 53,3% dos entrevistados avaliaram seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom” e aproximadamente 30% tinham uma doença de longa duração ou incapacidade – 6% tem diabetes, 12% tem asma e 19% tem depressão. Em Petrópolis esse índice foi de 57%, portanto, um perfil semelhante. No Suplemento Saúde da PNAD 2003 essa porcentagem foi cerca de 78% (81% para os homens e 76,3% para as mulheres), e cerca de 30% refere ser portadora de pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2005).

Não houve nenhuma diferença estatística entre os usuários das unidades do PSF e os das unidades básicas tradicionais em termos de idade, nível econômico ou de escolaridade, estado de saúde ou prevalência de condições crônicas.

Análise das dimensões essenciais da Atenção Básica

1. Acesso

Para ambos tipos de unidades – PSF e UBS tradicional – o índice composto de acesso foi menor do que 50%, indicando que existe muita possibilidade de melhora. A diferença do índice de acesso não foi estatisticamente significativa entre os dois tipos de unidades, apesar de algumas diferenças importantes em alguns indicadores. Os principais problemas para os usuários são: as horas de funcionamento e o tempo de espera (Tabela 16 e Gráfico 8).

As principais diferenças encontradas entre os dois tipos de unidades são:

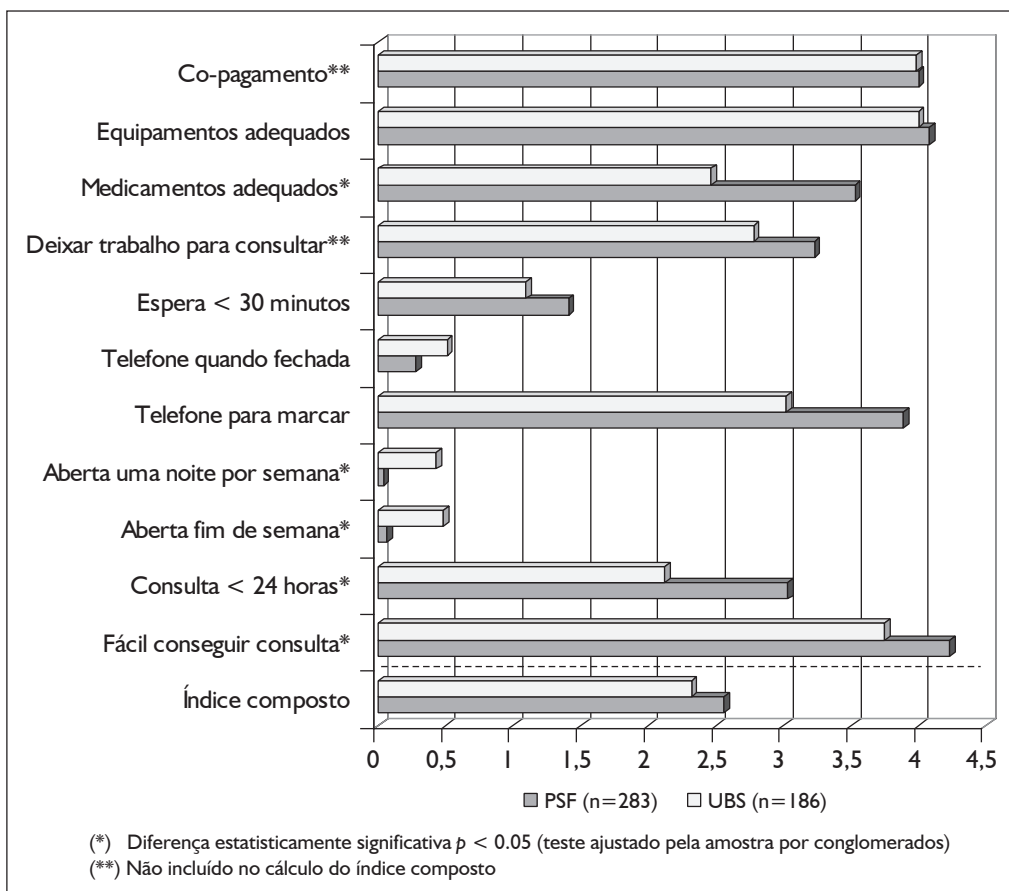
- Os usuários informam mais freqüentemente que é fácil obter uma consulta médica no prazo de 24 horas nas unidades do PSF e que a UBS normalmente tem medicamentos adequados.
- Os usuários das UBS informam ter melhor acesso durante os fins de semana e no fim da tarde. Isso acontece provavelmente porque entre as unidades tradicionais incluem-se alguns centros de saúde que ficam abertos durante os finais de semana e funcionam até mais tarde.

Tabela 16 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
É fácil conseguir uma consulta *	4,23	1,30	3,75	1,64	0,048
Consegue uma consulta em menos de 24 horas*	3,03	1,97	2,12	2,08	0,005
Unidade aberta fim de semana*	0,07	0,45	0,48	1,42	0,009
Unidade aberta uma noite por semana depois das 18 horas*	0,04	0,38	0,43	1,29	0,005
Telefone para marcar consultas*	3,89	1,97	3,02	2,28	0,053
Telefone quando unidade está fechada	0,28	1,10	0,51	1,46	0,569
Normalmente espera-se menos de 30 minutos	1,41	1,62	1,09	1,57	0,094
Tem que deixar de trabalhar para consultar	3,23	1,49	2,78	1,74	0,087
Medicamentos adequados*	3,53	1,78	2,46	2,16	0,000
Equipamentos adequados	4,08	1,63	4,00	1,71	0,160
Co-pagamento para consultar nessa unidade	4,00	0,00	3,98	0,29	0,215
Índice composto: Acesso	2,56	0,13	2,32	0,10	0,032

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 8 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



2. Porta de entrada

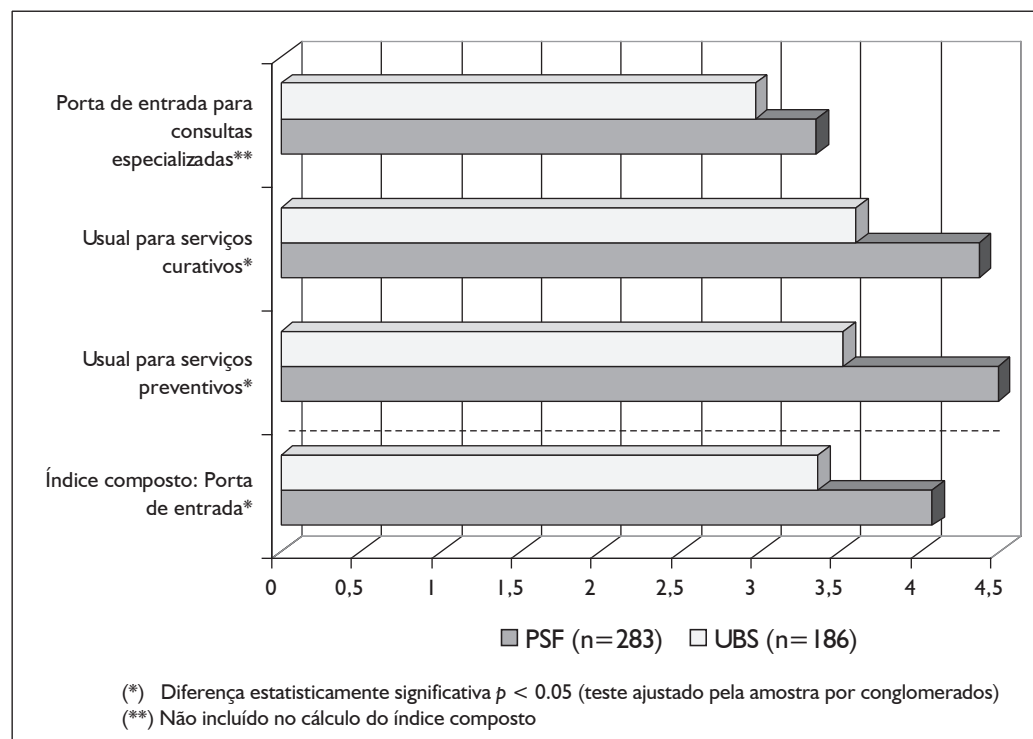
A diferença do índice composto de porta de entrada entre os dois tipos de unidade foi estatisticamente significativa, isto é, na percepção dos usuários, as unidades do PSF funcionam melhor do que as UBS como porta de entrada ao sistema de saúde. Mas, mesmo assim, uma porcentagem importante de usuários de ambas unidades informam que não foi necessária uma consulta nas unidades de atenção básica antes de buscar um atendimento especializado. Por outro lado, os usuários do PSF mais provavelmente utilizam a mesma unidade para serviços curativos e controles preventivos do que os usuários das unidades tradicionais (Tabela 17 e Gráfico 9).

Tabela 17 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Usual para serviços preventivos*	4,49	1,29	3,52	2,03	0,000
Usual para serviços curativos*	4,37	1,28	3,60	1,79	0,000
Porta de entrada para consultas especializadas	3,35	2,14	2,97	2,19	0,195
Índice composto: Porta de entrada*	4,08	0,87	3,36	1,10	0,011

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados).

Gráfico 9 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



3. Vínculo

Os valores de todos os indicadores de vínculo para usuários de ambos tipos de unidades são altos, indicando um bom desempenho nesta dimensão. Mas, em geral, os valores são mais altos para as unidades do PSF. Apesar de existirem diferenças entre alguns indicadores, a diferença do índice composto entre PSF e UBS não é estatisticamente significativa (Tabela 18 e Gráfico 10).

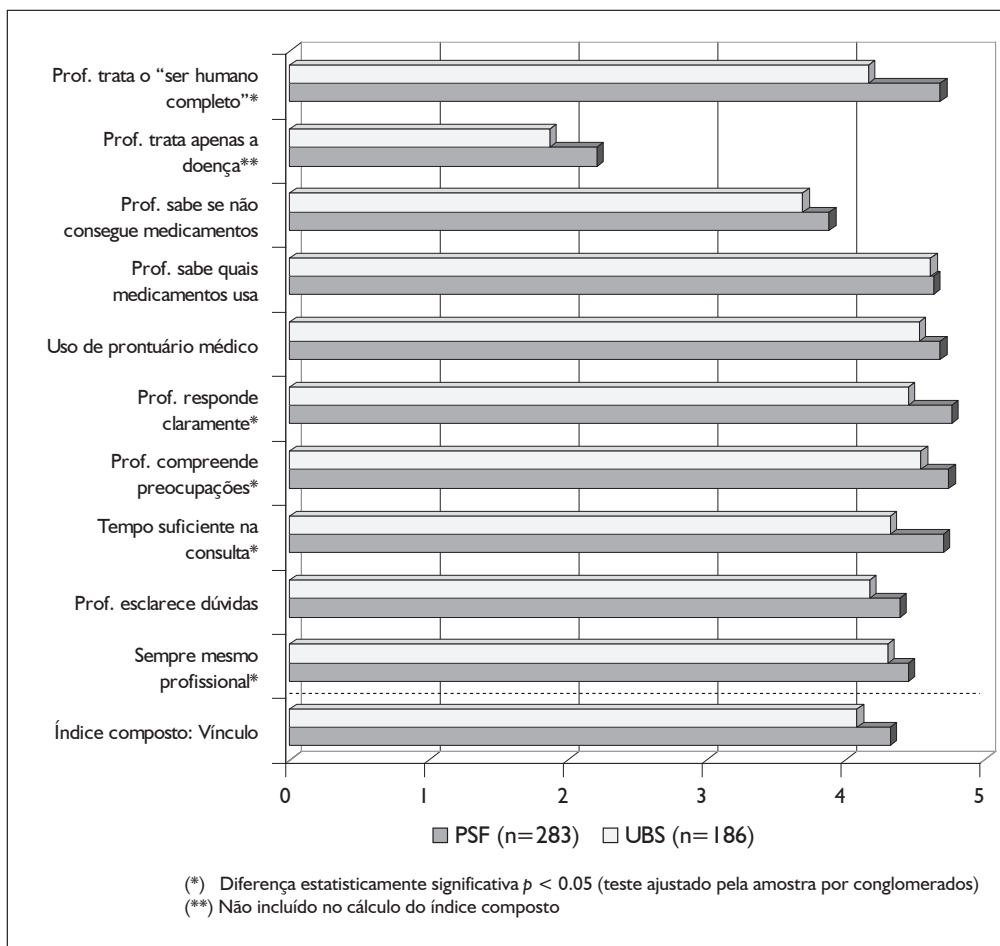
Ressalta-se que os usuários do PSF informam que é mais provável serem examinados pelo mesmo profissional cada vez que consultam na unidade; e também afirmam que os profissionais destas unidades, diferente dos das UBS tradicionais, destinam tempo suficiente para a consulta, compreendem bem as preocupações dos clientes, respondem claramente às perguntas e tratam o usuário como um “ser humano completo” e não apenas a sua doença (tabela 18 e Gráfico 10).

Tabela 18 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Sempre examinado pelo mesmo profissional*	4,45	1,09	4,30	1,42	0,012
Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	4,39	1,33	4,17	1,61	0,289
Tempo suficiente para a consulta*	4,70	1,00	4,32	1,35	0,008
Profissional compreende suas preocupações*	4,74	0,82	4,54	1,06	0,009
Profissional responde claramente às perguntas*	4,76	0,76	4,45	1,17	0,007
Uso de prontuário médico	4,68	1,09	4,53	1,26	0,125
Profissional sabe quais medicamentos usa	4,63	1,11	4,61	1,16	0,656
Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	3,88	1,94	3,69	2,00	0,374
Profissional trata apenas a doença	2,21	1,67	1,87	1,66	0,116
Profissional trata o “ser humano completo”*	4,68	0,86	4,16	1,50	0,008
Índice composto: Vínculo	4,32	0,58	4,08	0,90	0,041

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 10 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



4. Elenco de serviços

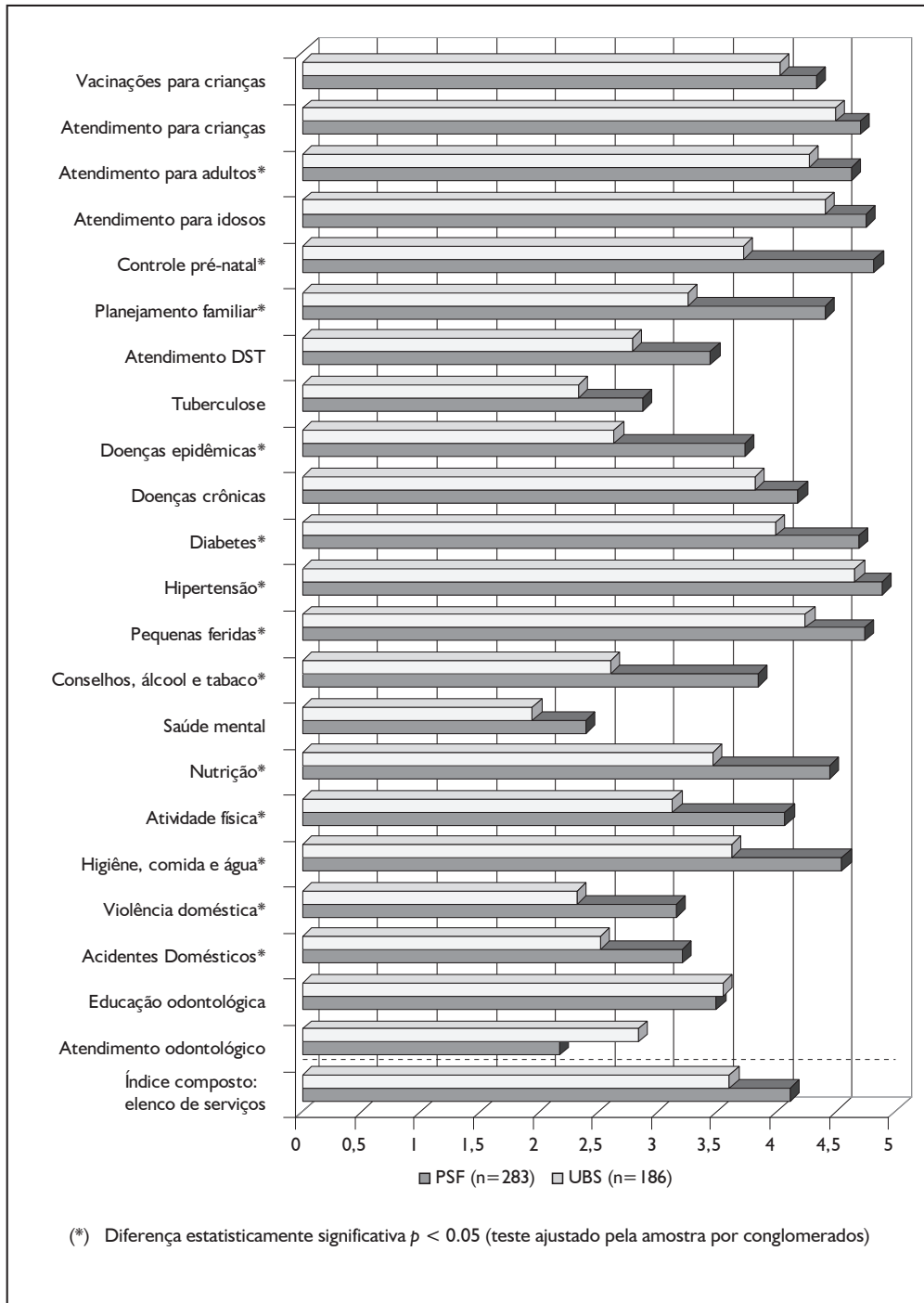
O índice composto para a elenco de serviços foi maior para as unidades do PSF e a diferença entre ambas unidades – PSF e UBS – é estatisticamente significativa. Em todos os indicadores (menos para atendimento odontológico) as informações dos usuários do PSF resultaram em valores maiores do que as dos usuários das UBS tradicionais. E, em muitos deles (atendimento para adultos, controle pré-natal, planejamento familiar, doenças epidêmicas, diabetes, hipertensão, tratamento de pequenas feridas, conselhos sobre álcool, nutrição, atividade física, prevenção etc.) a diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 19 e Gráfico 11).

Tabela 19 – Elenco de serviços por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Vacinações para crianças	4,33	1,44	4,03	1,73	0,517
Atendimento para crianças	4,70	0,84	4,49	1,19	0,432
Atendimento para adultos*	4,63	0,93	4,27	1,30	0,048
Atendimento para idosos	4,75	0,76	4,41	1,26	0,062
Controle pré-natal*	4,82	0,72	3,72	2,06	0,000
Planejamento familiar*	4,41	1,25	3,25	2,15	0,000
Atendimento doenças sexualmente transmissíveis	3,44	2,14	2,78	2,30	0,310
Tuberculose	2,87	2,24	2,33	2,34	0,237
Doenças epidêmicas*	3,73	1,90	2,63	2,30	0,012
Doenças crônicas	4,18	1,63	3,82	1,91	0,580
Diabetes*	4,69	1,01	3,99	1,78	0,000
Hipertensão*	4,89	0,48	4,66	1,04	0,014
Pequenas feridas*	4,74	0,86	4,24	1,64	0,014
Conselhos sobre uso de álcool e tabaco*	3,84	1,82	2,60	2,27	0,002
Saúde mental	2,39	2,33	1,94	2,31	0,386
Nutrição*	4,44	1,41	3,46	2,10	0,000
Atividade física*	4,07	1,68	3,12	2,15	0,002
Preparação higiênica de comida e água*	4,55	1,21	3,62	2,01	0,000
Prevenção de violência doméstica*	3,15	2,18	2,32	2,37	0,015
Prevenção de acidentes domésticos*	3,20	2,13	2,51	2,38	0,030
Educação preventiva odontológica	3,49	1,99	3,55	2,09	0,458
Atendimento odontológico	2,17	2,40	2,83	2,34	0,206
Índice composto: elenco de serviços*	4,11	1,21	3,60	1,45	0,043

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 11 – Elenco de serviços, por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



Uma explicação possível para essa diferença é que os usuários do PSF mais frequentemente usam os serviços da unidade seja para controles de saúde preventivos, seja para necessidades agudas de saúde. Assim, eles talvez tenham maior conhecimento do elenco de serviços disponíveis nessas unidades. Além disso, o PSF tem como prioridade programas especiais para controle de doenças crônicas e condições específicas (tais como diabetes, hipertensão, atendimento pré-natal etc.).

5. Coordenação

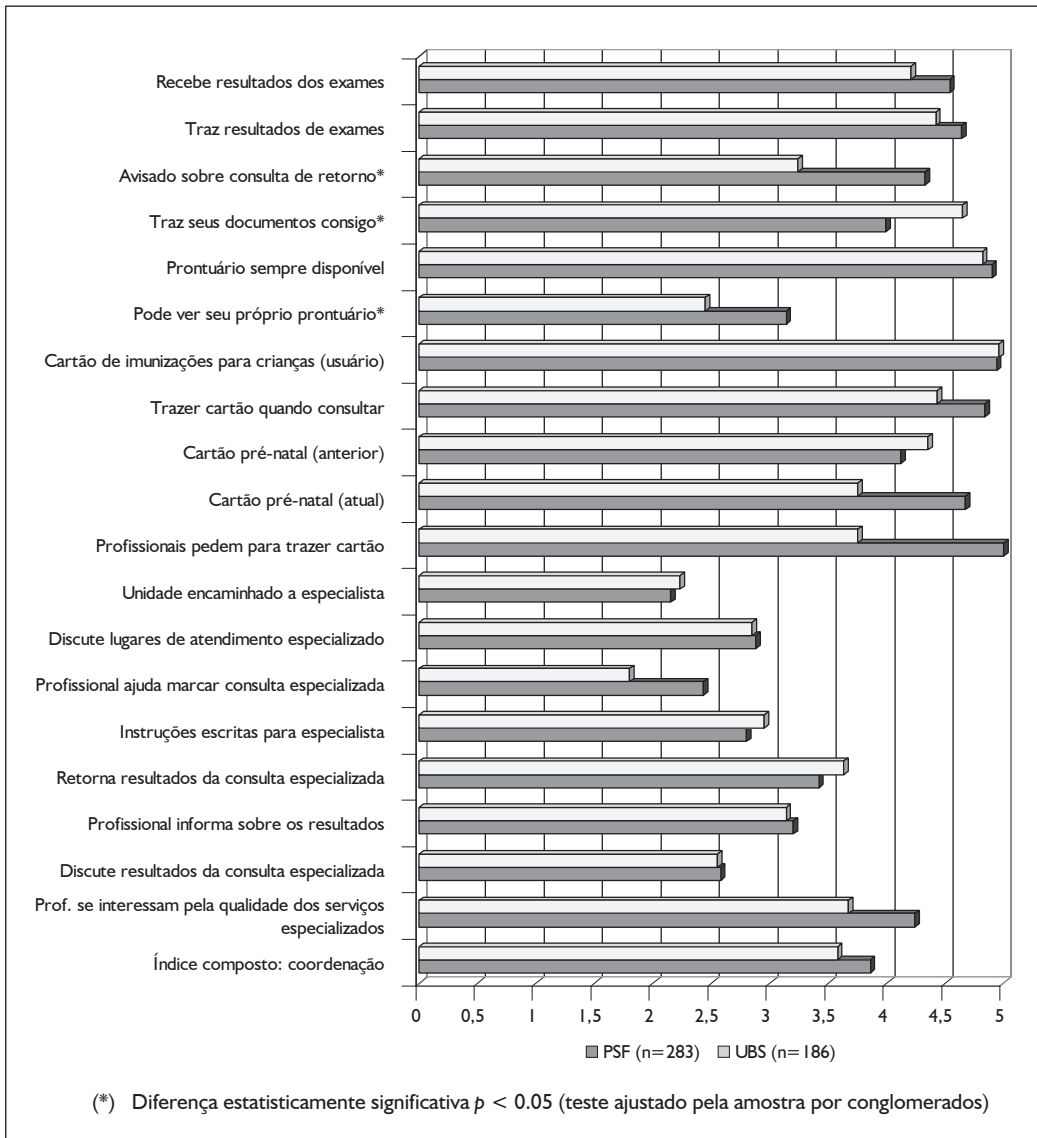
O índice composto para coordenação, nos dois tipos de unidades de atenção básica, foi praticamente igual, assim como são quase iguais as percepções dos usuários sobre as ações de coordenação nas unidades do PSF e nas UBS. Por outro lado, os usuários do PSF informam mais frequentemente que poderiam ver seus prontuários médicos, se quisessem; e que os profissionais dessas unidades pedem para trazer seus documentos de controle de saúde a cada consulta, mais frequentemente do que os das UBS tradicionais (Tabela 20 e Gráfico 12).

Tabela 20 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Usuário recebe resultados dos exames	4,54	1,27	4,21	1,70	0,178
Traz resultados de exames para o serviço	4,64	1,18	4,42	1,51	0,417
Usuário é avisado sobre consulta de retorno*	4,33	1,55	3,24	2,30	0,000
Usuário traz documentos, fichas de controle consigo*	3,99	1,89	4,65	1,10	0,045
Prontuário médico sempre disponível	4,90	0,55	4,82	0,80	0,610
Usuários podem ver seus próprios prontuários*	3,14	2,25	2,45	2,40	0,038
Cartão de imunizações para crianças (usuária)	4,94	0,36	4,96	0,19	0,306
Profissionais pedem para trazer cartão quando consultar	4,84	0,64	4,43	1,57	0,150
Cartão de controle pré-natal (gravidez anterior)	4,12	1,90	4,35	1,66	0,380
Cartão de controle pré-natal (gravidez atual)	4,67	1,29	3,75	2,50	0,415
Profissionais pedem para trazer cartão quando consultar	5,00	0,00	3,75	2,50	0,199
Encaminhado a especialista por esta unidade?	2,15	2,30	2,23	2,26	0,208
Profissional discute lugares de atendimento especializado	2,88	2,38	2,85	2,29	0,207
Profissional ajuda marcar consulta especializada	2,43	2,36	1,80	2,19	0,014
Profissional fornece instruções escritas para especialista	2,80	2,40	2,95	2,34	0,645
Retorna para a unidade os resultados da consulta especializada	3,42	2,22	3,63	2,10	0,629
Profissional informa sobre os resultados da consulta especializada	3,20	2,33	3,14	2,34	0,703
Discute resultados da consulta especializada	2,58	2,33	2,55	2,32	0,930
Profissionais se interessam pela qualidade dos serviços especializados	4,24	1,54	3,67	1,89	0,150
Índice composto: coordenação	3,86	0,97	3,58	1,21	$p > 0,05$

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 12 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



6. Enfoque familiar

Apesar das unidades do PSF terem um maior valor no índice composto de enfoque familiar do que as UBS tradicionais, ambas têm valores baixos nesse indicador e a diferença no índice composto de ambos tipos de unidades é estatisticamente significativa.

Os resultados sugerem, entretanto, que os profissionais do PSF estabelecem uma melhor relação com os usuários; e estes informam que os médicos quase sempre conhe-

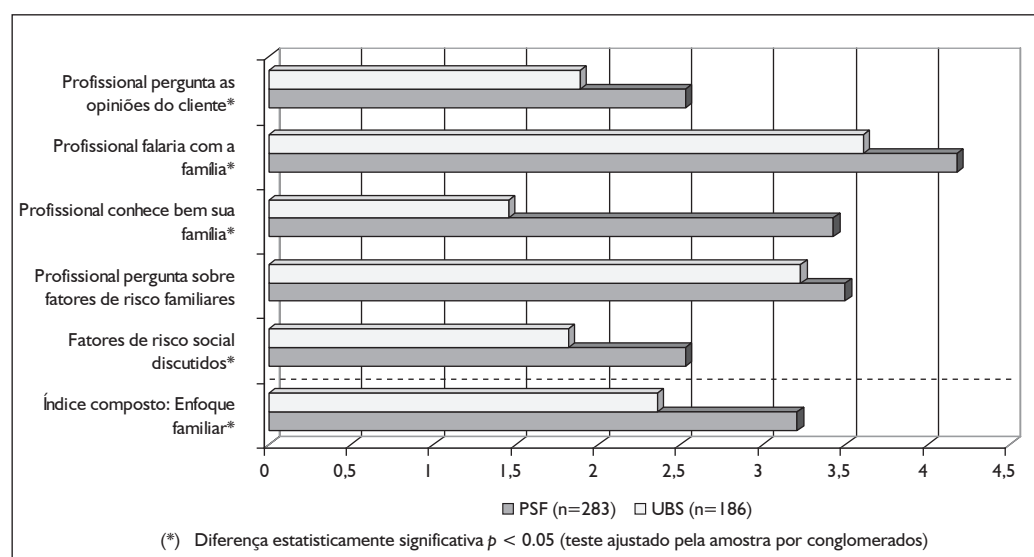
cem as suas famílias e falariam com os familiares sobre as suas condições de saúde, se fosse necessário. Além disso, os profissionais do PSF mais frequentemente perguntam as opiniões dos usuários e discutem fatores de risco social com eles. Em síntese, do ponto de vista dos usuários, os profissionais do PSF são mais orientados para a família do que os das UBS tradicionais (Tabela 21 e Gráfico 13).

Tabela 21 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Fatores de risco social discutidos durante a consulta(*)	2,53	2,29	1,82	2,27	0,010
Profissional pergunta sobre fatores de risco familiares	3,50	2,03	3,23	2,23	0,280
Profissional conhece bem sua família(*)	3,43	1,97	1,46	2,06	0,000
Profissional falaria com a família do cliente(*)	4,18	1,58	3,61	1,97	0,023
Profissional pergunta as opiniões do cliente(*)	2,53	2,22	1,89	2,23	0,030
Índice composto: Enfoque familiar(*)	3,21	1,65	2,36	2,05	0,035

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 13 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



7. Orientação para a comunidade

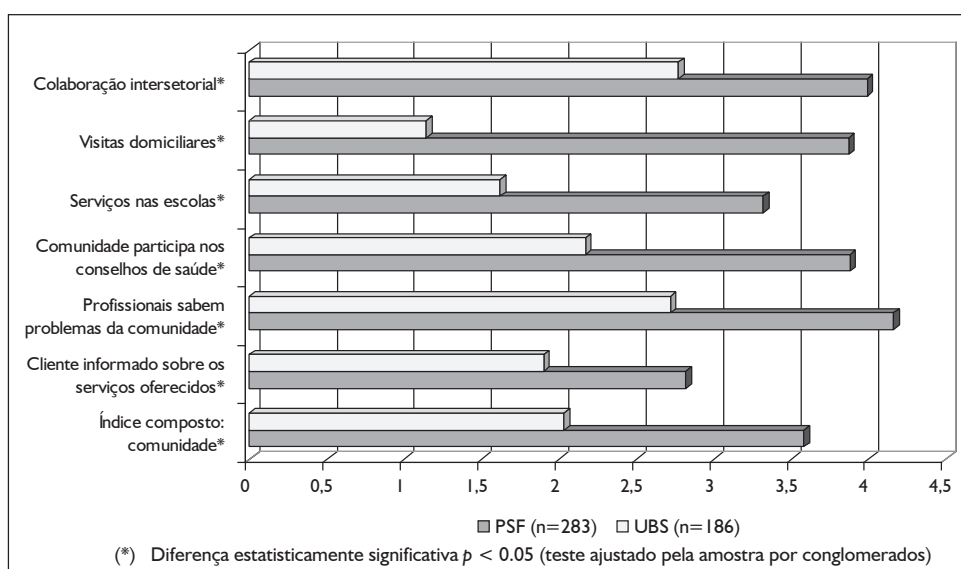
As unidades do PSF têm melhor desempenho para todos os indicadores desta dimensão, ou seja, são mais orientadas para a comunidade do que as UBS tradicionais. O índice composto de orientação para a comunidade é substancialmente maior para os primeiros e a diferença é estatisticamente significativa (Tabela 22 e Gráfico 14).

Tabela 22 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Cliente informado sobre os serviços oferecidos*	2,82	2,21	1,90	2,21	0,004
Profissionais sabem sobre os problemas da comunidade*	4,16	1,43	2,72	2,14	0,000
Participação da comunidade nos conselhos de saúde*	3,88	1,74	2,17	2,23	0,000
Serviços oferecidos nas escolas*	3,32	2,12	1,62	2,13	0,000
Visitas domiciliares*	3,87	1,56	1,14	1,87	0,000
Colaboração inter-setorial*	3,99	1,62	2,77	2,24	0,000
Índice composto: Orientação para a comunidade*	3,58	0,08	2,03	0,15	0,003

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 14 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



8. Formação profissional

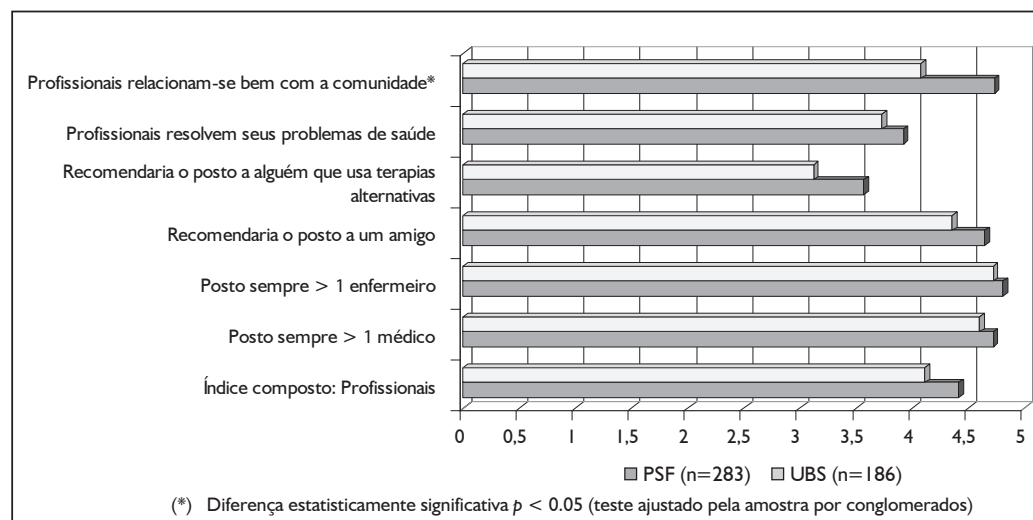
Os índices compostos dos dois tipos de unidades foram muito parecidos. De uma maneira geral, os usuários de ambos tipos de serviços consideram os profissionais de saúde bastante disponíveis e bem preparados. No caso das unidades do PSF, os usuários consideram, mais frequentemente, que os profissionais relacionam-se melhor com a comunidade, se comparados com os das UBS tradicionais (Tabela 23 e Gráfico 15).

Tabela 23 – Formação profissional por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Posto sempre tem pelo menos 1 médico	4,72	0,81	4,60	0,92	0,334
Posto sempre tem pelo menos 1 enfermeiro	4,81	0,66	4,72	1,00	0,184
Recomendaria o posto a um amigo	4,64	1,12	4,35	1,46	0,097
Recomendaria o posto a alguém que usa terapias alternativas	3,57	2,01	3,12	2,24	0,195
Profissionais resolvem seus problemas de saúde	3,92	1,44	3,73	1,61	0,181
Profissionais relacionam-se bem com a comunidade*	4,73	0,84	4,08	1,53	0,000
Índice composto: Profissionais	4,41	0,07	4,11	0,10	0,092

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 15 – Profissionais de saúde por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.



9. Índice composto total de atenção básica

Como efetuado anteriormente, na primeira etapa da pesquisa, para comparar a experiência global do usuário com a atenção básica foi também aqui construído um índice composto total, obtido a partir da média dos oito índices compostos de cada dimensão trabalhada e que representa a experiência total dos usuários na utilização desses serviços.

Segundo os resultados apresentados, os usuários dos serviços do PSF referem ter experimentado uma atenção básica de melhor qualidade (teste F ajustado pela amostra por conglomerados, $p < 0.05$).

Tabela 25 – Índice composto total de atenção básica por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Variável	PSF (n = 283)	UBS (n = 186)	Ambos (n = 469)
Índice composto total de atenção básica*	3,765	3,180	3,533

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados).

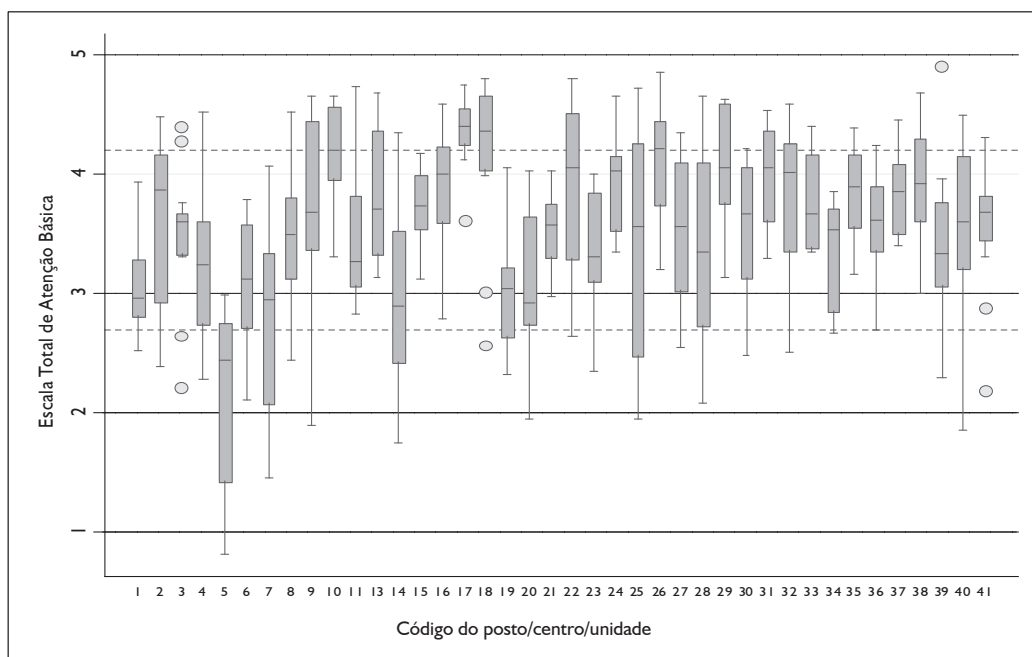
D. Análise de desempenho das unidades

A avaliação de desempenho das unidades de saúde pode ser realizada de diferentes maneiras. Uma técnica freqüentemente empregada na gestão é a análise das variações do desempenho entre unidades de um mesmo nível de atenção, ou com a mesma complexidade, sendo que a identificação de variações entre essas unidades, supostamente semelhantes, pode ser um primeiro passo para medir e avaliar a qualidade dos serviços. O objetivo dessas metodologias é identificar “melhores práticas” que possam ser adotadas nas demais unidades e, ao mesmo tempo, detectar problemas que possam ser resolvidos ou identificar áreas em que a atuação daquelas unidades com pior desempenho possa ser melhorada.

Utilizamos os resultados da enquete com os usuários para construir um gráfico bastante simples que mostra a variação entre os *escores* por unidade. A análise dos “*outliers*” – unidades com valores significativamente diferentes dos valores esperados – permitiu identificar várias unidades que consistentemente estiveram acima ou abaixo do valor médio para cada índice composto.

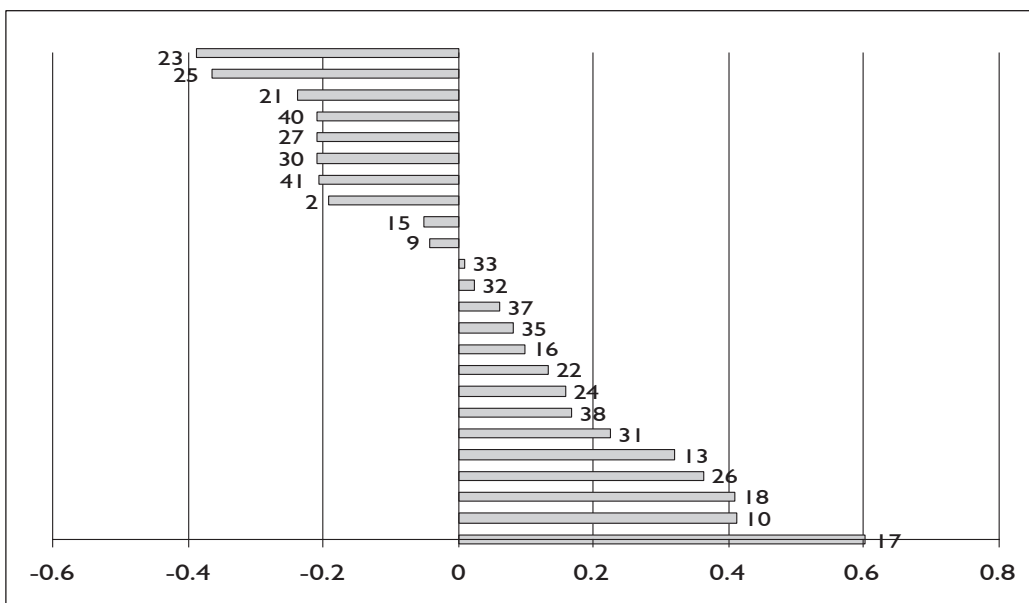
O Gráfico 16, a seguir, mostra uma síntese dos resultados obtidos com a comparação entre as unidades. As duas linhas pontilhadas assinalam, respectivamente, 75% e 25% dos valores máximos e mínimos. Definimos como “*outliers*” as unidades que têm um valor médio acima de 75% ou abaixo de 25%.

Gráfico 16 – Variação no índice composto total de atenção básica por tipo de unidade, Petrópolis, 2004



O Gráfico 17 a seguir mostra a diferença entre o índice composto total da atenção básica de cada unidade e o valor médio de todas as unidades do PSF. Os números que correspondem a cada barra são os códigos das unidades. As barras à direita mostram valores acima do valor médio (melhor desempenho) e as barras à esquerda valores mais baixos (pior desempenho). Registra-se que 60% das unidades estavam acima do valor médio e 40% abaixo.

Gráfico 17 – Distância da média do índice total de atenção básica unidades do PSF, Petrópolis, 2004



As unidades do PSF “superiores”, isto é, que apresentam índices compostos acima dos valores médios, são:

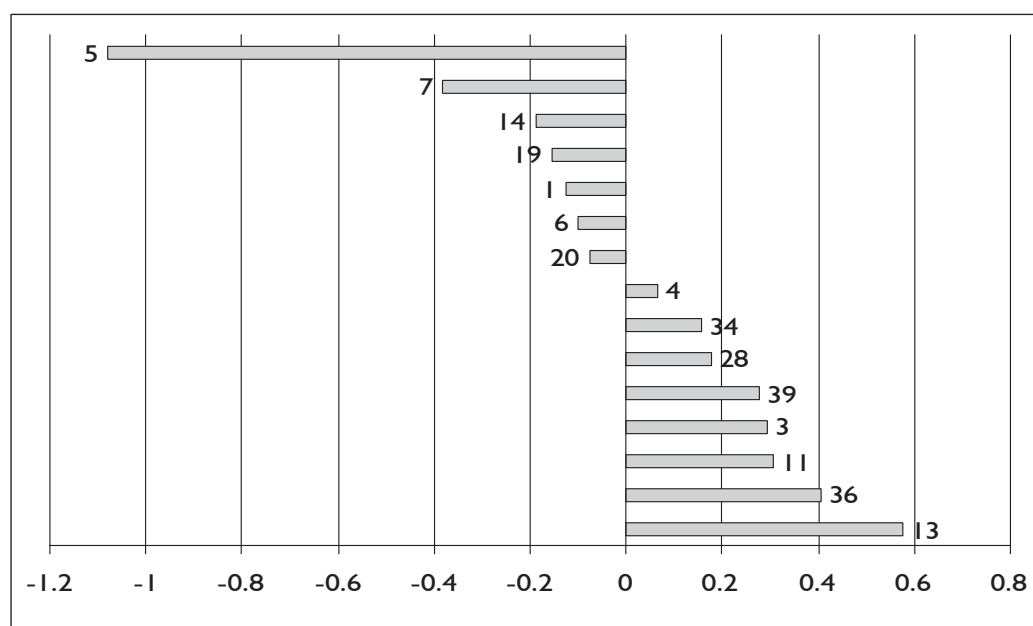
- PSF – código 10: onde os valores dos índices compostos nas dimensões de acesso, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e formação profissional foram muito altos, segundo os usuários.
- PSF – código 17: apresentou índices muito altos em todas as dimensões. O gráfico indica que foi a unidade com melhor desempenho no município, segundo os usuários.
- PSF – código 18: onde os índices compostos de todas as dimensões (menos acesso) foram altos, sendo a segunda unidade com melhor desempenho no município, segundo os usuários.
- PSF – código 26: apresentou quase todas as dimensões com índices compostos acima da média (menos enfoque familiar).

E as unidades que tiveram índices compostos “inferiores” às outras, isto é, que obtiveram valores abaixo da média são:

- PSF – código 23: apresentou valores muito baixos para acesso, enfoque familiar e profissionais de saúde.
- PSF – código 25: apresentou valores muito baixos para vínculo, enfoque familiar e orientação para a comunidade.

O Gráfico 18, a seguir, mostra a diferença entre o índice composto total de atenção básica de cada unidade e o valor médio de todas as UBS tradicionais. Aproximadamente 50% estavam acima do valor médio e 50% abaixo.

Gráfico 18 – Distância da média do índice total de AB, UBS, Petrópolis, 2004



Segundo a enquete realizada com os usuários, as UBS com melhor desempenho são:

- UBS – código 13: onde os todos os índices compostos, menos coordenação, foram superiores ao valor médio.
- UBS – código 36: onde vínculo, elenco de serviços e profissionais foram muito altos.
- UBS – código 11: apresentou índices compostos altos nas dimensões vínculo, elenco de serviços e profissionais de saúde.
- UBS – código 3: com índices compostos bons para porta de entrada e coordenação.

E as unidades que tiveram índices compostos “inferiores” às outras, isto é, que obtiveram valores abaixo da média são:

- UBS – código 1: onde os índices compostos foram muito baixos para orientação para a comunidade, enfoque familiar e acesso. Talvez uma possível explicação seja que essa unidade é um centro de saúde que atende demanda possivelmente maior, por sua área de abrangência.

- UBS – código 5: apresentou o pior desempenho em todos os indicadores. Esse baixo desempenho pode ser explicado, em parte, pelo tipo de clientela atendida, cujo estado de saúde e as necessidades podem ser pior do que a dos usuários dos outros centros e postos. A idade dos usuários também pode estar afetando as respostas, pois os idosos podem ter maior dificuldade em responder às perguntas do questionário.
- UBS – código 7: essa unidade tem grande variação nas informações dos usuários, o que pode sugerir tanto qualidade da atenção não uniforme, segundo o profissional de saúde que atende, o dia de semana etc., ou uma maior dificuldade dos usuários em responder às perguntas.
- UBS – código 14: também se constatou grande variação nas respostas dos usuários, mas, em geral, apresenta valores muito baixos para enfoque familiar e orientação comunitária.
- UBS – código 20: todos os valores dos índices compostos estão abaixo da média, mas nenhum deles está entre os piores observados.

O Anexo V apresenta gráficos adicionais que mostram o desempenho de cada unidade em cada uma das oito dimensões da atenção básica estudadas.

Esses resultados sugerem a necessidade de uma investigação mais aprofundada, qualitativa, sobre o modo de operar de algumas unidades, para verificar, por exemplo, a organização do processo de trabalho, o elenco de serviços (programas especiais), a existência de treinamentos específicos ou outros fatores que podem estar contribuindo para distinguir positivamente essas unidades das outras, com o objetivo de identificar as “melhores práticas” que poderiam, talvez, ser adotadas nas outras unidades. Esses serviços podem representar um exemplo ou um “modelo” possível de ser alcançado pelas outras unidades do PSF que, supostamente, têm a mesma estrutura e, portanto, o mesmo potencial.

Do mesmo modo, vale a pena também investigar em maior detalhe o *modus operandi* daquelas unidades que apresentaram um baixo desempenho, para identificar os principais problemas, ou explicações para esse resultado, e possíveis soluções.

VII. VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA

A. Comparação entre as fontes de dados

Em 77,7% dos casos, a enquete com os usuários dos serviços do PSF apresentou resultados estatisticamente semelhantes aos das entrevistas com os informantes-chave profissionais que trabalham nas unidades do PSF, em cada unidade. Entretanto, não encontramos uma concordância muito boa entre as outras fontes de dados (usuários, supervisores e gestores) (Tabela 26 e Gráfico 19).

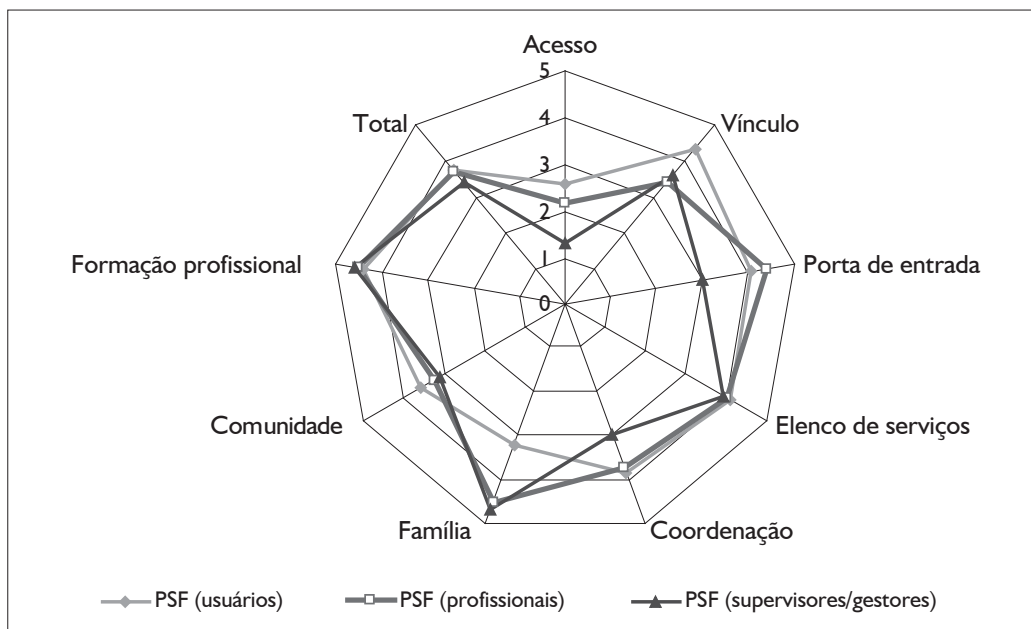
Tabela 26 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, unidades do PSF, Petrópolis, 2004*

Índice composto	Usuários (1)	Profissionais Unidade (2)	Supervisor / Gestor (3)	Fontes concordam**		
				1 e 2	1 e 3	2 e 3
Acesso	2,44-2,67	2,01-2,31	1,30-1,85	Não	Não	Não
Vínculo	4,21-4,42	4,22-4,56	3,50-3,70	Sim	Não	Não
Porta de entrada	3,90-4,25	4,39-4,39	2,80-3,20	Sim	Não	Não
Elenco de serviços	3,98-4,23	3,80-4,15	3,70-3,95	Sim	Sim	Sim
Coordenação	3,69-4,04	3,53-3,94	2,85-3,15	Sim	Não	Não
Enfoque familiar	3,02-3,34	4,23-4,77	4,60-4,75	Não	Não	Sim
Orientação para comunidade	3,41-3,75	2,84-3,69	3,00-3,20	Sim	Não	Sim
Formação profissional	4,27-4,54	4,35-4,70	4,50-4,60	Sim	Sim	Sim
Índice composto total	3,65-3,87	3,56-3,87	3,30-3,40	Sim	Não	Não
% Concordância				77,7	22,2	44,4

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Sim = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$

Gráfico 19 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, PSF, Petrópolis, 2004



No caso das UBS tradicionais, em 77,7% dos casos a enquete com os usuários dos serviços apresentou resultado estatisticamente igual aos das entrevistas com os informantes-chave profissionais que trabalham em cada unidade. A comparação dos resultados dos outros tipos de informantes-chave (profissionais das unidades, supervisores e gestores) concordaram em 66,7% dos casos. Mas, também neste caso, não encontramos uma concordância muito boa entre as opiniões dos usuários e a dos gestores (Tabela 27 e Gráfico 20).

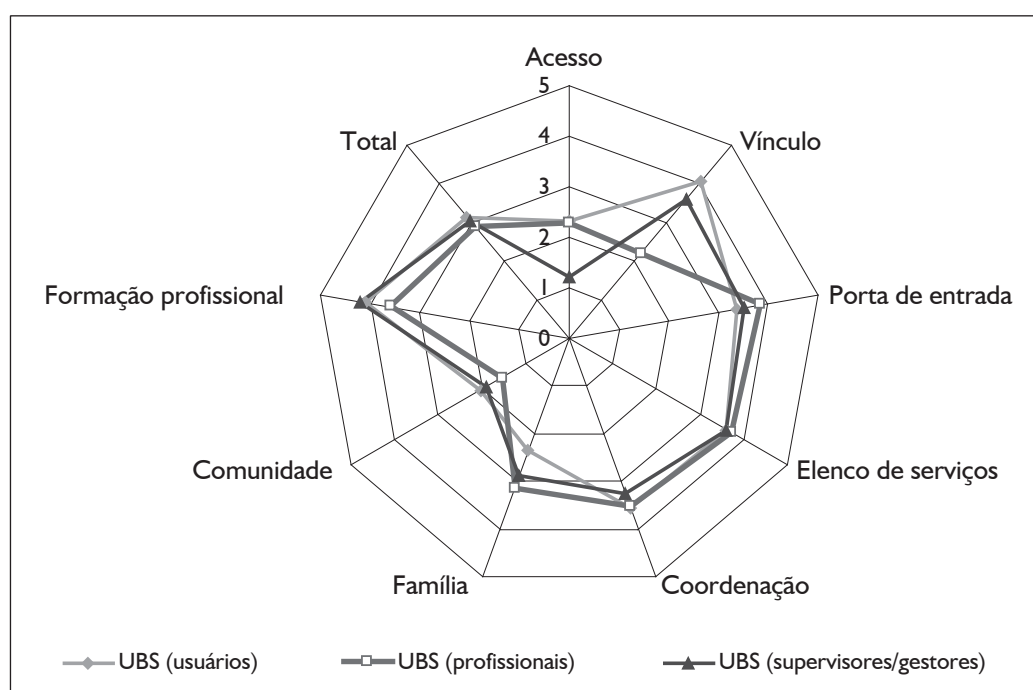
Tabela 27 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004*

Índice composto	Usuário (1)	Profissionais Unidade (2)	Supervisor / Gestor (3)	Fontes concordam**		
				1 e 2	1 e 3	2 e 3
Acesso	2,12-2,53	1,74-2,80	1,10-1,25	Sim	Não	Não
Vínculo	3,90-4,25	3,49-4,26	3,55-3,68	Sim	Não	Sim
Porta de entrada	3,03-3,68	3,87-3,87	3,40-3,55	Sim	Não	Não
Elenco de serviços	3,26-3,94	3,26-4,14	3,55-3,85	Sim	Sim	Sim
Coordenação	3,36-3,80	3,36-3,73	3,20-3,55	Sim	Sim	Sim
Enfoque familiar	2,05-2,68	2,80-3,46	2,80-2,95	Não	Não	Sim
Orientação comunitária	1,71-2,35	0,61-2,47	1,60-1,91	Sim	Sim	Sim
Profissionais de saúde	2,12-2,53	1,74-2,80	1,10-1,40	Sim	Não	Não
Índice composto total	3,90-4,25	3,49-4,26	3,25-3,70	Sim	Não	Sim
% Concordância				88,9	44,4	66,7

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;

(**) Sim = teste χ^2 de diferença = $p < 0,05$

Gráfico 20: Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004



Há várias explicações possíveis para as discrepâncias observadas nos valores obtidos entre os diferentes entrevistados. Em primeiro lugar, como os profissionais de saúde nas unidades estão em contato freqüente com os usuários dos serviços, o fato de que suas percepções sobre a qualidade da atenção sejam semelhantes poderia ser o esperado. Em segundo lugar, as percepções dos supervisores e dos usuários serem diferentes, ou seja, tenham apresentando o menor nível de concordância, também não surpreende, uma vez que os supervisores têm menor contato diário com os usuários do que os profissionais de saúde nas unidades. Em terceiro lugar, em algumas dimensões (acesso, por exemplo) os supervisores deram valores mais baixos que os usuários. Isto pode significar que, pelo menos em alguns casos, alguns aspectos do sistema de atenção básica podem estar funcionando melhor do que os supervisores supõem. Uma possível explicação seria que os supervisores estão mais diretamente ligados à resolução de problemas cotidianos dos serviços do que os outros grupos de informantes, daí terem uma percepção pior sobre o desempenho das unidades.

Mesmo assim, os supervisores do PSF em geral avaliaram a maioria dos indicadores com valores mais altos que os usuários e os profissionais de saúde nas unidades. Isto pode estar refletindo uma diferença entre o planejamento de implantação do PSF e sua real implementação.

Para que as divergências ou diferenças nas respostas, verificadas na comparação dos resultados obtidos com os instrumentos aplicados, possam ser utilizadas para melhorar a qualidade dos serviços, seria necessário tanto uma investigação mais profunda como discussões regulares e sistemáticas entre supervisores, profissionais de saúde e usuários. Parece haver poucos dados sobre o desempenho do PSF que possam ajudar o dia a dia dos profissionais e supervisores a avaliarem seu próprio progresso e identificarem oportunidades para um melhor desenvolvimento.

Nas unidades do PSF, dados gerais como indicadores de saúde, produção de serviços e informações demográficas sobre a população adscrita são coletados rotineiramente pelo SIAB. Entretanto, o fato de não haver grandes discordâncias entre as respostas dos profissionais e dos usuários entrevistados leva a supor que essas fontes de dados não são consultadas ou utilizadas regularmente para o monitoramento e avaliação dos serviços prestados à população. Sendo assim, esta é uma área que deve receber maior atenção no futuro, uma vez que uma hipótese possível é que os dados coletados pelo SIAB, embora sejam importantes para o planejamento geral, não seriam os mais adequados para o monitoramento, controle e desenvolvimento operacional cotidiano da organização dos serviços e, conseqüentemente, para a avaliação do seu desempenho.

Nesta pesquisa, tanto os usuários quanto os profissionais de saúde nas unidades informaram que sondagens (mesmo enquetes informais) não são realizadas regularmente para avaliar a experiência dos usuários e o nível de satisfação com os serviços oferecidos. A relativa concordância entre os valores atribuídos pelos profissionais de saúde e os usuários sugere ainda que, apesar da validade e da importância dessas sondagens populacionais, avaliações com os profissionais de saúde nas unidades podem ser usadas para auxiliar na melhora da qualidade dos serviços, uma vez que elas são mais rápidas de serem conduzidas, utilizam menos recursos financeiros e humanos e são mais fáceis de serem analisadas do que as enquetes com os usuários.

B. Relação entre organização e desempenho dos serviços de atenção básica e percepção dos usuários entrevistados sobre seu estado de saúde

Para testar e determinar a existência de associação entre a organização dos serviços de atenção básica e a percepção do estado de saúde dos usuários realizamos análises multivariadas. Essas análises foram conduzidas para controlar os efeitos de outros determinantes de saúde, tais como nível econômico, nível de escolaridade e idade, verificando a importância das características organizacionais dos serviços de saúde como determinantes da saúde da população.

Para essa análise, usamos a auto-avaliação dos usuários sobre o seu estado de saúde como variável dependente. Essa variável foi utilizada em outras pesquisas como indicador global da saúde do indivíduo (Bath, 1999; Benjamins *et al*, 2004) e recebe o valor “1” (hum) se o cliente responde que seu estado de saúde é “bom” ou “muito bom”; e 0 (zero) se for “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Sendo assim, esta variável reflete a percepção do cliente sobre seu estado de saúde.

Para conduzir a análise e auxiliar na interpretação dos resultados, construímos vários indicadores sintéticos. Primeiro, como já mencionado anteriormente, construímos um indicador global (chamado “índice composto total da atenção básica”) sobre a experiência do usuário no uso dos serviços de atenção básica (segundo a sua perspectiva). Esse indicador foi obtido a partir da média dos oito escores de cada dimensão da atenção básica e representa a experiência total, de cada usuário, na utilização desses serviços.

Construímos também duas variáveis binárias, uma chamada “doença crônica”, que tem valor “0” (zero) se o cliente respondeu que não tinha nenhuma das doenças listadas no questionário (em número de 7, consideradas “doenças crônicas típicas”); e “1” (hum) se respondeu que tinha pelo menos uma delas. E outra chamada “doença recente (ou aguda)”, que tem valor “0” (zero) se durante o último mês o usuário não teve que deixar

de realizar qualquer atividade por motivo de saúde; e “1” (hum) em caso contrário. Essas variáveis são importantes para determinar se um indivíduo considera estar com boa saúde ou não. Por essa razão, foram incluídas na análise.

Para controlar os efeitos da renda dos usuários, construímos uma escala com elementos das características do domicílio e bens de consumo como indicativos de nível de renda domiciliar, que varia entre “0” (zero) e “8” (oito), constituída pelas respostas dos entrevistados em relação a terem em casa os seguintes itens: luz, água encanada, banheiro, geladeira, rádio, telefone, televisão e carro. Testamos várias combinações do indicador, por exemplo, designando como “muito pobres” os que não tinham todas as “necessidades básicas” de moradia satisfeitas, tais como, luz, água encanada e banheiro dentro da casa. Esta e outras combinações entre os elementos da escala deram os mesmos resultados que a escala original. Por isso optamos por utilizar usar a escala simples (de 1 a 8).

Construímos ainda um indicador de escolaridade, chamado “ensino médio”, que tem valor “0” (zero) se o usuário não completou o segundo grau; e “1” (um) se completou.

Para testar se o atendimento pelo PSF, por si só, apresenta associação com o estado de saúde dos usuários, construímos um indicador para identificar se o indivíduo recebeu atenção básica numa unidade do PSF ou numa unidade básica tradicional (PSF = 1; outras UBS = 0).

Testamos várias combinações de variáveis comparando modelos usando o “*Likelihood ratio test*” (Long & Freese, 2001). Todas as análises foram realizadas usando o programa STATA 8.2 e o desvio-padrão para cada análise foi ajustado para a amostra por conglomerados (Statacorp, 2003).

A Tabela 28 apresenta o melhor modelo estatístico para explicar as variações na variável dependente (a saúde do usuário). Transformamos os resultados da regressão logística em “*Odds ratios*” para facilitar a sua interpretação. Os principais resultados são:

1. Controlando com os determinantes de saúde incluídos no modelo estatístico, a melhora de um ponto no índice composto total da AB aumenta em 48,5% a probabilidade de o usuário referir que seu estado de saúde é bom. Entretanto, as seguintes observações são importantes:
 - Cada ano de idade a mais do usuário reduziu a probabilidade de ele referir que seu estado de saúde é bom ou muito bom.
 - A presença de uma doença crônica também reduziu a probabilidade de considerar seu estado de saúde bom ou muito bom.

- O “nível de renda” domiciliar está associado positivamente com estado de saúde, ou seja, quanto melhor o nível de renda melhor é o estado de saúde do usuário.
 - A correlação com o nível de escolaridade não foi estatisticamente significativa. Isso pode ser devido a uma correlação positiva entre nível de renda e escolaridade (não incluindo escolaridade no modelo aumenta a significância da variável renda domiciliar), mas ambos foram incluídos no modelo final por serem determinantes fundamentais da saúde.
2. A variável tipo de serviço de saúde não foi estatisticamente significativa, mas a qualidade da organização e a oferta de serviços foi mais importante. Isso significa que a reforma da atenção primária em Petrópolis deve concentrar-se na melhora da organização dos serviços e da oferta de atenção básica, seja no PSF ou nas UBS tradicionais. Devido à forma de organização específica e recursos adicionais, as unidades do PSF levam vantagem sobre as tradicionais, mas nem todas prestam serviços considerados de boa qualidade.
 3. Finalmente, não incluímos a variável “gênero” no modelo final, pois esta variável não foi estatisticamente significativa em nenhuma análise. Para testar os efeitos de gênero realizamos uma análise multivariada estratificando por sexo. Os resultados revelaram uma tendência semelhante às da Tabela 28. Para a amostra somente mulheres (n = 380) o “*odds ratio*” para a atenção básica foi 1,5 ($p < 0.01$). Isto quer dizer que, controlando com os determinantes de saúde incluídos no modelo estatístico, a melhora de um ponto no índice composto total da atenção básica aumenta em 50% a probabilidade de a mulher referir que seu estado de saúde é bom. Como o resultado obtido usando a amostra só de mulheres não foi diferente do resultado utilizando a amostra com todos os usuários, podemos concluir que o efeito da atenção básica na saúde do usuário não é diferente para homens e mulheres.

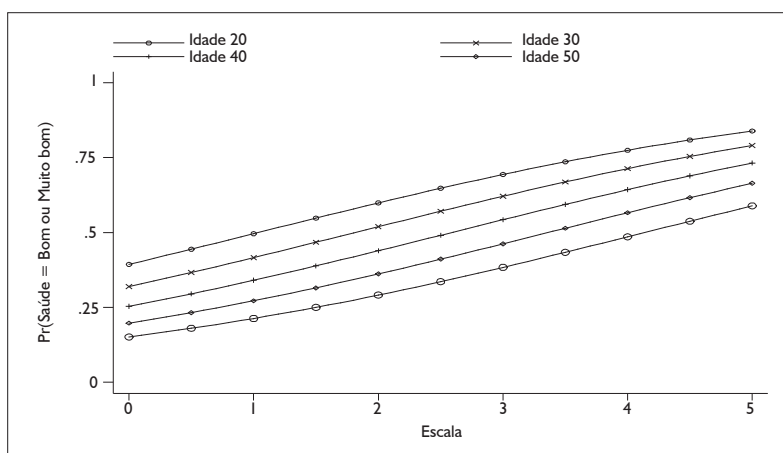
Tabela 28 – Regressão logística multivariada para auto-avaliação do usuário sobre seu estado de saúde, Petrópolis, 2004

Estado de Saúde** (n = 455)	Odds Ratio	Desvio-padrão*	z	P>z	Intervalo de confiança de 95%
Índice composto total da atenção básica	1,452	0,224	2,410	0,016	1,073 - 1,966
Idade	0,969	0,006	-5,010	0,000	0,957 - 0,981
Doença crônica	0,578	0,139	-2,270	0,023	0,360 - 0,927
Doença recente	0,176	0,053	-5,810	0,000	0,098 - 0,316
Riqueza domiciliar	1,219	0,119	2,030	0,043	1,007 - 1,476
Ensino médio	0,733	0,252	-0,900	0,366	0,374 - 1,437
PSF ou UBS (0 = UBS; 1 = PSF)	0,998	0,265	-0,010	0,995	0,594 - 1,679

(*) Desvio-padrão ajustado para a amostra por conglomerados; (**) 0 = estado de saúde muito ruim, ruim ou regular; 1 = estado de saúde bom ou muito bom.

Para ilustrar os resultados das regressões na Tabela 28, o Gráfico 21 apresenta a relação entre o índice composto total da atenção básica e a probabilidade de um indivíduo avaliar seu estado de saúde como bom ou muito bom. O gráfico mostra que, em cada faixa etária, a probabilidade de um indivíduo reconhecer estar com boa saúde aumenta em cada aumento no índice composto.

Gráfico 21 – Relação entre o índice composto total da atenção básica e probabilidade de estar com boa saúde, por faixa etária, Petrópolis, 2004*



(*) Controlado por idade, renda domiciliar, escolaridade, doença crônica, doença recente e utilização do PSF

C. Validação dos indicadores (perguntas): testes estatísticos

Técnicas estatísticas foram usadas para avaliar a validade de cada pergunta em cada dimensão da atenção básica. Especificamente, *Cronbach's alpha* foi calculado para cada dimensão, utilizando todas as perguntas (indicadores definidos para cada dimensão). *Cronbach's alpha* é a proporção da variação total de uma escala que pode ser atribuída a uma dimensão comum difícil de ser calculada diretamente. Sendo assim, este coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito desta dimensão que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão. Depois de calcular o *Cronbach's alpha* para todas as perguntas, calculou-se a mudança no valor do *Cronbach's alpha* quando da retirada de uma delas de cada vez. Se a retirada de um item específico resulta no aumento do valor do *Cronbach's alpha*, significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens e que deve, portanto, ser retirado da mesma (Devellis, 2003).

Através desta técnica, descobriu-se que quatro perguntas não contribuíram para a medida das dimensões e foram, portanto, retirados das mesmas. As perguntas retiradas foram as seguintes:

- se o usuário tem que deixar de trabalhar para consultar (dimensão acesso);
- se foi necessário um co-pagamento para a consulta (dimensão acesso);
- se o usuário achava que era necessária uma referência da unidade da atenção básica antes de buscar uma consulta com um especialista (dimensão porta de entrada); e
- se o profissional tratava apenas a doença do cliente (dimensão vínculo).

Embora essas perguntas não tenham sido incluídas no cálculo da dimensão, elas estão presentes nas tabelas junto com as outras variáveis uma vez que fornecem informações úteis. Os valores de *Cronbach's alpha* para todas as dimensões, na presença ou na ausência dessas perguntas, são apresentados nos Anexos VI e VII.

Na análise fatorial, as oito escalas foram reduzidas a um fator único (*Eigen value* = 2,64), resultado que sugere que as oito escalas fazem parte do mesmo conceito – o de desempenho da atenção básica.

Finalmente, a Tabela 29 apresenta os resultados da auto-avaliação dos informantes-chave em relação à sua confiança nos dados fornecidos durante a entrevista. A tabela mostra que cerca de 70% das respostas dos profissionais no PSF foram baseadas em dados e informações disponíveis (em documentos administrativos ou sistemas de informação). Esta porcentagem foi menor para os profissionais nas UBS (55%), o que sugere que os profissionais no PSF têm mais acesso (ou utilizam mais) as fontes de informação oficiais. Os profissionais também foram perguntados sobre o seu nível de confiança nos dados/in-

formações fornecidos que não foram baseados nessas fontes de informação. O nível de confiança médio dos profissionais no PSF foi de 2,36 e para os das UBS tradicionais foi de 4,6. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que, em geral, os profissionais do PSF têm menos anos de experiência trabalhando nesse tipo de unidade do que os profissionais das UBS tradicionais, pelo pouco tempo de implantação do PSF no município.

Tabela 29 – Auto-avaliação da confiança dos informantes-chave nas suas respostas, Petrópolis, 2004.

Respostas foram baseadas em dados ou informações disponíveis? (%)	Valor	
	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)
Nunca	21,7	44,44
Quase nunca	0	0
Algumas vezes	8,7	0
Muitas vezes	8,7	11,11
Quase sempre	21,7	22,22
Sempre	39,1	22,22
Nível de confiança nas respostas	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)
Valor médio (0-5)	2,36	4,60

D. Considerações sobre o instrumento (questionário)

Algumas dificuldades na coleta dos dados foram detectadas pelos supervisores da pesquisa, principalmente na enquete com os usuários, durante a aplicação do questionário, e outras nas etapas de controle e codificação, relacionadas tanto ao próprio conteúdo do questionário, quanto à falta de compreensão adequada dos entrevistadores sobre alguns pontos considerados “confusos”.

Essa “confusão” em relação a alguns dados se deve a duas questões centrais. Primeiro, à forma como o questionário foi construído, combinando-se as duas versões originais – para adultos e para pais de crianças – em uma única versão, o que suscitou dúvidas sobre algumas questões, como relatado a seguir. E, segundo, à escala de valores atribuída às respostas, que foi utilizada no questionário – muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim, recusa, não sabe – pois, segundo os entrevistadores, muitos entrevistados apresentaram dificuldades em encaixar sua resposta nessa escala.

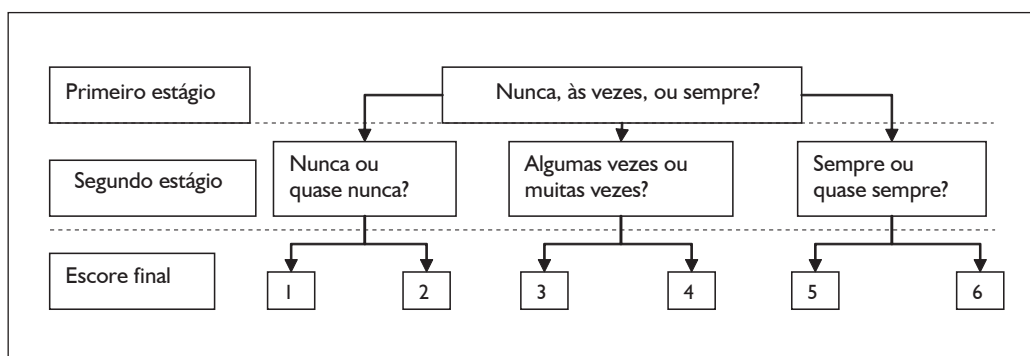
Em relação à escala para as respostas, ainda que os entrevistadores tenham afirmado que a elaboração do pequeno cartaz esquematizando as opções da escala tenha sido fundamental para auxiliar na escolha da resposta pelos entrevistados, muitos tiveram dificuldade em reduzir sua resposta a uma daquelas opções. Sugeriu-se, então, pensar

uma escala alternativa ou mais clara, pois a diferença entre “quase nunca” e “algumas vezes”, ou ainda entre “muitas vezes” e “quase sempre” pode ser muito sutil e de difícil discernimento pelo entrevistado. Aconselha-se ainda acrescentar uma nova opção de “Não se aplica”, para os casos em que de fato a resposta não se encaixe em nenhuma das opções da escala.

Outra solução seria fazer as perguntas em dois estágios: o primeiro estabeleceria categorias amplas para posicionar o entrevistado de acordo com sua percepção; e o segundo estágio verificaria a intensidade dessa percepção, o que permitiria uma resposta mais específica. Por exemplo, no primeiro estágio o entrevistador faria a pergunta e pediria que o entrevistado escolhesse uma das respostas seguintes: “Nunca”, “Às Vezes”, ou “Sempre”. Depois, o entrevistador passaria ao segundo estágio, esclarecendo a intensidade da resposta. Se a resposta fosse “nunca”, por exemplo, o entrevistador perguntaria se o entrevistado quis dizer “nunca” ou “quase nunca”. O mesmo processo ocorreria para as outras possíveis respostas, como mostrado no Gráfico 22 a seguir.

Entretanto, essa forma de aplicar o questionário não foi testada neste estudo.

Gráfico 22 – Proposta de algoritmo para solicitar as respostas do questionário



No que toca às opções “não sabe” e “recusa” (consideradas *missing*, como mencionado anteriormente), menos de 5% das perguntas tinham essa resposta.

Em relação às perguntas em si, os entrevistadores mencionaram dificuldades dos entrevistados na compreensão de algumas questões, sendo que essa dificuldade foi maior naqueles usuários de baixa escolaridade e idosos. Foi sugerido que essas perguntas fossem reestruturadas ou simplificadas, para facilitar o entendimento pelo entrevistado⁷.

7. No questionário para usuários adultos as perguntas que apresentaram dificuldade de compreensão, na sua formulação original foram a 79, 96, 97 e 101. Todas foram revistas e modificadas.

Quanto à idade mínima para responder ao questionário (fixada em 18 anos), os entrevistadores sugeriram que poderia ser diminuída para 16 anos, pois se depararam com várias adolescentes grávidas nessa faixa etária (ou até menos), ou com filhos e família constituída, que não puderam ser entrevistadas por causa desse critério prévio de idade mínima de 18 anos. Entretanto, como essas usuárias são menores, esse procedimento exigiria uma nova avaliação pelo Comitê de Ética na Pesquisa das instituições envolvidas (ENSP/FIOCRUZ e *New York University*).

Finalmente, é necessário mencionar que, apesar das dúvidas e dificuldades assinaladas, seja com as perguntas ou a escala de opções de resposta, os entrevistadores encontraram soluções para contorná-las e foram propostas alternativas, discutidas com a coordenação, para o controle e codificação dos dados, com a finalidade de aproveitar os registros coletados. Além disso, a análise estatística revelou que apesar das modificações sugeridas, o questionário foi capaz de medir com considerável exatidão a experiência dos usuários nos serviços de atenção básica. Mesmo assim, todas as sugestões passíveis de serem incorporadas foram levadas em consideração na revisão final dos instrumentos.

VIII. DISCUSSÃO

A aplicação desta metodologia de avaliação demonstrou que os instrumentos (questionários) elaborados nesta pesquisa são capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços de atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para a melhora da organização e do desempenho desse nível de atenção no município.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta ainda vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, melhorar o elenco de serviços, a coordenação e a orientação para a comunidade e fomentar a participação comunitária.

Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento histórico do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos, no momento da realização da pesquisa).

O uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades (profissionais). Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas nas unidades em 62.5% dos casos no PSF e 87.5 % dos casos nas UBS tradicionais. E a enquete com os usuários permite refinar ainda mais a avaliação.

Por outro lado, em relação à confiabilidade das respostas, os informantes-chave do PSF tiveram um desempenho um pouco pior do que os das UBS tradicionais e isso provavelmente tem a ver com o fato de que a maioria dessas unidades são novas e talvez os profissionais sejam menos experientes. Entretanto, dado que o PSF tem vários sistemas de informação disponíveis (SIAB, Pacto da Atenção Básica), esperava-se melhor resposta destes profissionais, apesar de que outras pesquisas já observaram que vários desses sistemas de informação ainda não são utilizados ou consultados rotineiramente pelos profissionais (Escorel *et al*, 2002). Em futuras pesquisas deverá ser incluído um maior número de informantes-chave para testar melhor a diferença entre eles.

É importante acrescentar que a ferramenta testada com os informantes-chave (profissionais, supervisores e gestores) foi aplicada de forma rápida (menos de 20 minutos por entrevista) o que sugere que ela pode ser empregada em avaliações regulares das

unidades, além de que os questionários podem ser preenchidos sem o auxílio de um entrevistador.

A apresentação dos resultados da primeira etapa aos gestores da SMS, em reunião realizada em Petrópolis em agosto de 2003⁷, provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores do PSF e os das unidades tradicionais, que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiui-se ainda a inconveniência de “acabar” com as UBS tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, numa área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

Em relação à enquete com os usuários dos serviços de atenção básica, confirma-se a hipótese de que é um valioso instrumento para detectar sejam fortalezas sejam debilidades na atenção prestada nas unidades de AB, além de que permite comparar as avaliações dos profissionais que trabalham nos serviços, dos supervisores e gestores, com a percepção dos usuários, como apresentado nos resultados.

A comparação entre as diferentes fontes de dados possibilitou ainda identificar aquelas unidades cujo desempenho parece ser melhor em relação às demais, assim como aquelas práticas operacionais que, aparentemente, funcionam melhor. Da mesma forma, indica também a necessidade de maior aprofundamento da análise e avaliação em serviços ou dimensões específicas.

Nessa perspectiva, alguns “êxitos” alcançados pelo sistema de atenção básica de Petrópolis podem ser assinalados, assim como alguns dos principais desafios.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que as unidades PSF foram superiores aos postos e centros de saúde tradicionais nas seguintes dimensões:

- Elementos de *acesso* (obter consulta médica em menos de 24 horas, tempo suficiente para a consulta).
- Elementos do *elenco de serviços* (controle pré-natal, acompanhamento da tuberculose, educação em saúde, educação sobre violência doméstica).

8 Participaram dessa reunião, além do então secretário Municipal de Saúde, vários outros profissionais que atuam na área da atenção básica, como supervisores, ou que acupam cargos de direção, num total de 11 pessoas.

- *Coordenação* (normas de referência utilizadas, mecanismos para marcar consultas com especialistas, fornecimento de informações escritas para os serviços referidos).
- *Foco na família* (prontuários organizados por família, inclusão da família na consulta).
- *Orientação comunitária* (enquetes sobre a saúde da população, visitas domiciliares, trabalhos intersetoriais).
- *Formação profissional* (médicos com treinamento na atenção básica, capacitação da equipe para atuar segundo a diversidade da comunidade).
- *Gestão* (Protocolos de atendimento, autonomia para reorganizar serviços).

Já em relação ao *vínculo*, é muito forte, seja nas unidades do PSF ou nos postos tradicionais.

Quanto aos desafios, algumas observações são importantes:

- *Acesso*: o acesso aos serviços de atenção básica parece estar obstaculizado por várias barreiras. Primeiro, quase nenhuma unidade fica aberta durante os fins de semana ou depois das 18 horas. Só poucas UBS tradicionais e hospitais funcionam durante esses períodos. Segundo, somente a metade das unidades informa que podem responder à demanda espontânea em menos de 24 horas. Contabilizando-se as horas de funcionamento das unidades (PSF e UBS tradicionais) conclui-se que operam 40 horas por semana, o que corresponde a 25% da semana inteira. Por outro lado, as unidades do PSF não podem operar de modo independente do restante do sistema local de saúde, seja no que se refere às demais unidades de atenção básica, ou às unidades da rede de maior complexidade. Essa observação foi confirmada pelas entrevistas nas UBS que afirmaram que uma porcentagem importante de seus usuários também freqüentam as unidades do PSF.
- *Porta de entrada*: nem o PSF nem as UBS funcionam como porta de entrada ao sistema de saúde para mais de 60% da população atendida na rede básica. Esse fato sugere que mesmo que esses serviços ofereçam atenção de boa qualidade, uma porcentagem considerável da população não se beneficia deles porque não usa esse nível de atenção. Os serviços de atenção básica devem prover atenção ao longo do tempo e atendendo a todas as demandas do usuário, de forma longitudinal, ou seja, a idéia de atenção básica (ou de atenção primária) não funciona quando os serviços são utilizados esporadicamente. De fato, se a atenção básica não é a porta de entrada ao sistema, as demais dimensões, tais como vínculo e coordenação também não funcionam adequadamente. E o resultado final é que os serviços de atenção básica – mesmo que sejam de boa qualidade – serão menos

eficazes e efetivos para a população. Esta ineficácia e inefetividade afetam também a dinâmica do resto do sistema, resultando que os serviços especializados e hospitalares ou serão sobrecarregados ou duplicarão os atendimentos, requerendo mais exames e procedimentos que talvez não fossem necessários nesse nível de atenção, aumentando os custos (e a ineficiência), o tempo de espera para uma consulta referida e, possivelmente, aumentando também o número de eventos iatrogênicos.

- *Elenco de serviços*: é uma característica essencial da atenção básica. Se a atenção básica não pode resolver a maioria dos problemas de saúde da população, os outros níveis de atenção também vão funcionar com menos eficácia. Elenco de serviços é também vinculado à satisfação dos usuários. Se a demanda (ou necessidade de saúde) não é atendida na atenção básica os usuários tentarão resolver os seus problemas de saúde em outros serviços, geralmente de maior complexidade. É interessante observar que uma área menos desenvolvida na oferta de serviços básicos (tanto no PSF quanto nas UBS tradicionais) foi a de educação em saúde em geral e sobre tópicos importantes, tais como evitar acidentes e violência doméstica, ou mesmo orientação sobre planejamento familiar (menos de 60% das unidades entrevistadas fornece regularmente esses serviços). Além disso, também se registram poucos serviços de orientação nutricional, saúde mental e saúde bucal, ainda que esses serviços sejam de maior complexidade e requeiram profissionais especializados ou treinamento adicional para os prestadores da atenção. Outra dificuldade observada foi a falta de medicamentos, vacinas e métodos anticoncepcionais. Essas falhas no elenco de serviços são dependentes menos das ações dos profissionais e mais do sistema de gestão que os apóia, remetendo a questões mais amplas que envolvem toda a organização do sistema de saúde.
- *Coordenação*: uma debilidade importante observada no sistema de atenção básica em Petrópolis está no sistema de referência e contra-referência. Mas outras pesquisas sugerem que esse problema não é limitado ao município pesquisado, como demonstra a revisão da literatura apresentada neste trabalho.

A apresentação dos resultados finais da pesquisa à SMS de Petrópolis, em agosto de 2004, realizada em duas etapas – uma para o *staff* da SMS, supervisores e gestores com cargo de coordenação, além da então secretária Municipal de Saúde; e outra para todos os profissionais que trabalham na rede de atenção básica (cerca de 100 profissionais), além de pesquisadores da Universidade e representantes do Ministério da Saúde – foi um interessante momento de debate, onde não apenas os achados da pesquisa foram referendados e reconhecidos como verdadeiros pelo próprio pessoal local, por exemplo,

em relação às unidades com melhor ou pior desempenho, mas também os instrumentos foram considerados válidos e passíveis de utilização pela equipe local. Ao mesmo tempo, a secretária municipal de saúde manifestou interesse em que a pesquisa pudesse continuar avaliando outros níveis de atenção no sistema de saúde do município, na perspectiva de apoiar a sua reorganização em prol de melhorar o atendimento às demandas de saúde da população.

Por fim, identificam-se algumas limitações da pesquisa que, entretanto, não invalidam seus resultados. Entre elas, destacam-se:

- *Informantes-chave*: o número de profissionais entrevistados na primeira fase foi definido pelo número de unidades, escolhendo-se os informantes-chave em cada serviço, como mencionado. Isso possivelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre as unidades, dado o número pequeno de serviços no sistema de atenção básica no município.
- *Temporalidade das respostas*: as entrevistas foram realizadas durante uma época particularmente difícil para o município, em que houve mudança de dirigente da SMS e falta de insumos para a atenção, como por exemplo, falta de medicamentos para controle de hipertensão, e isso talvez tenha influenciado negativamente algumas respostas. Entretanto, essa situação pode ocorrer com qualquer avaliação e problemas devidos à logística, falta de insumos ou dificuldades na atenção etc. afetam o desempenho dos serviços. Mas, exatamente para detectar esses problemas é que a pesquisa foi desenhada.
- *Generalização de resultados*: os resultados obtidos em Petrópolis são limitados à experiência desse município e, portanto, não podem ser generalizados. Entretanto, o que sim pode ser repassado para os demais municípios é a pertinência do uso dessa metodologia para avaliar a organização e desempenho dos serviços de atenção básica.
- *Perfil da rede de AB*: o perfil da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, assim como a avaliação organizacional e de desempenho, está incompleto porque não foi possível incluir informantes-chave que trabalham no setor privado e a experiência dos usuários que utilizam esses serviços. Pesquisas futuras devem tentar incluir o setor privado para determinar se a oferta, organização e desempenho desses serviços é diferente do observado no setor público.
- *Correlações estatísticas*: em relação à associação entre a experiência de atenção básica e o estado de saúde do usuário, mesmo se tratando de um grupo populacional constituído geralmente por indivíduos “doentes”, as pessoas que responderam que tinham uma boa experiência nos serviços de atenção básica foram aquelas que

mais freqüentemente informaram que seu estado de saúde era bom ou muito bom. Isso pode significar que a boa experiência do usuário com as unidades de atenção básica foi um fator importante para que ele respondesse que seu estado de saúde era bom ou muito bom; ou então, o fato de o usuário considerar que tem “boa saúde” pode significar também que a sua demanda de atenção básica é pequena e, sendo assim, sua experiência com a atenção recebida pode ser considerada boa. Nenhuma pesquisa transversal pode determinar a relação causa-efeito.

IX. CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo geral desta pesquisa foi testar a validade de uma metodologia para a avaliação rápida e contínua da organização e desempenho dos serviços de atenção básica em nível local, disponibilizando um instrumento de monitoramento para tal fim. Essa metodologia foi testada e validada no município de Petrópolis, mas pode ser utilizada em qualquer localidade no território nacional.

As principais conclusões da pesquisa podem ser resumidas como se segue:

- A aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de atenção básica do município, assim como alguns dos principais problemas de organização e desempenho.
- Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas dos profissionais das unidades em 45% dos casos no PSF e 67% dos casos nas UBS tradicionais e ambulatoriais. Esse resultado não seria o esperado, uma vez que o PSF possui um sistema de informação específico.
- Existem diferenças entre a percepção dos usuários sobre a atenção que recebem e a opinião dos gestores sobre o desempenho das unidades. Isto sugere a necessidade de uma maior aproximação entre gestores e população.
- As entrevistas com os usuários identificaram alguns pontos fortes do sistema AB em Petrópolis, tais como o estabelecimento de razoável vínculo entre profissionais e usuários; e um bom desempenho dos profissionais de saúde.
- Segundo os profissionais, supervisores e gestores, as unidades do PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e gestão; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Já em relação ao vínculo, é muito alto seja nas unidades do PSF seja nas UBS tradicionais.
- Segundo os usuários, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, vínculo, elenco de serviços e formação dos profissionais; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade.
- Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação considerável no desempenho das unidades. Em geral, as unidades do PSF tiveram valores maiores do que as UBS; entretanto algumas UBS tiveram desempenho igual ou superior a algumas unidades PSF. Essa variação entre as unidades (PSF ou

UBS tradicional) indica que algumas estão melhores que outras, o que sugere a possibilidade de melhora, a partir de intervenções específicas.

- O índice composto total da AB está correlacionado com a auto-avaliação de saúde segundo a percepção dos usuários, controlando por outros determinantes da saúde. Isto pode sugerir que uma boa experiência na AB, seja no PSF ou na UBS, talvez seja importante para melhores níveis de saúde da população. Entretanto, essa hipótese deve ser comprovada com estudos longitudinais.

Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluiu-se que:

- O questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para monitoramento e avaliação rápida das mudanças organizacionais e de desempenho da AB, pela própria SMS, e pode ser aplicado (ou autopreenchido pelos profissionais, gestores e supervisores) em cerca de uma semana.
- A utilização de um único questionário para a enquete de usuários (pacientes e acompanhantes) trouxe alguns problemas, portanto, foi elaborado um questionário específico para acompanhantes, a partir do já existente e utilizado na pesquisa, a ser aplicado em separado.
- O processo de validação (comparação de fontes, análises estatísticas tais como análise de fatores, *Cronbach's alpha* e triangulação com dados secundários) sugere que a metodologia de avaliação da AB utilizada nesta pesquisa é válida para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, D. S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** 1998. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.
2. ALMEIDA, C. M. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 24, n.54, p.6-21, 2000.
3. ALMEIDA, C. M. *et al.* A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. **Research In: Organización Panamericana de la Salud. Public Health Technical Report**. Washington, 1999. p.1-89.
4. ALMEIDA, C. *et al.* Health reform in Brazil: a study in inequity. **International Journal of Health Services**, v. 30, n.1, p.129-162, 2000.
5. ASSUNÇÃO, M. C. F.; DOS SANTOS, I. D.; GIGANTE, D. P. Diabetes mellitus at the primary health care level in southwestern Brazil: structure, course of action and outcomes. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1, p. 88-95, 2001.
6. BEHAGUE, D. P.; GONCALVES, H.; DA COSTA, J. Making medicine for the poor: primary health care interpretations. **Health Pol Plan**. Pelotas, v. 17, n. 2, p.131-43, [aa].
7. BENJAMINS M. R. *et al.* Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. **Soc Sci Med.**, v. 59, n.6, p.1297- 1306, 2002.
8. BERMAN, P. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v.78, n.6, p.791-802, 2000.
9. BINDMAN, A. *et al.* Primary care and receipt of preventive services. **Journal of General Internal Medicine**, v.11, p.269-76, 1996.
10. BOERMA, W.; FLEMING, D. **The role of general practice in primary health care**. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, 1999.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, 2003.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, 2003.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília, 2004.

15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigência e recursos financeiros: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)**, 2004. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>>.
16. BUNKER, J. P. The role of medical care in contributing the health improvements within societies. *Int J Epidemiol.*, v.30, n.6, p.1260-1263, 2001.
17. CASANOVA, C. *et al.* Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care.* v.8, n.1, p. 51-59, 1996.
18. CANESQUI, A. M.; DE OLIVEIRA, A. M. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri, B.; Viana, A. L. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealog, 2002.
19. DANTOS, I. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*, v.34, n.6, p.603-609, 2000.
20. DEVELLIS, R. **Scale development: theory and applications**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
21. DEVELLIS, R. **Scale development: theory and application**. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.
22. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston NE: Harvard University Press, 1973. 78p.
23. ESCOREL, S. (Coord.). **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002.
24. GOMÊS VÍTORIA, C. *et al.* **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD 2003): acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2005.
26. INFANTE, A.; DE MATA, I.; LOPEZ-ACUÑA, A. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica.*, v.8, n.1/2, p.13-20, 2000.
27. KOHN, R.; WHITE, K. L. **Health care: an international study**. London: Oxford University Press, 1976.
28. LARIZGOITIA, I.; STARFIELD, B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*, v.41, p.121-37, 1997.
29. LEVCOVITZ, E. L.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.269-291, 2001.

30. LODOÑO, J.; SZEKELY, M. Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970-1995. *Journal of Applied Economics*, v.3, n.1, p.93-134, 2000.
31. LONG, S.; FREESE, J. **Regression models for categorical dependent variable using stata**. College Station, TX: Stata Press, 2001.
32. MACHADO, K. Saúde da Família se firme como estratégia permanente do SUS. *RADIS*, v. 23, p. 10-11, jul., 2004.
33. MACHADO, M. H. (Coord). **Pesquisa de opinião dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Convênio UNESCO/MS, 2000.
34. MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: Pesquisa desenvolvida em convênio com o Ministério da Saúde /Secretaria de Política de Saúde/ DAB/ e ENSP/FIOCRUZ**. Brasília, 1999.
35. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, v.38, n.3, p.819-854, 2003.
36. MACINKO, J. **Primary care orientation of health systems in the Américas**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002.
37. MCGUIRE, J. **Social provisioning, socioeconomic context, and child mortality: a cross-national analysis**. Manuscript submitted for publication, 2002.
38. MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF**. São Paulo: Editora Hucitec, p.135-151, 2002.
39. PAGANINI, J. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.4, n.5, p.305-310, 1998.
40. OR, Z. **Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries**. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2001.
41. Pan American Health Organization. **Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud..** Washington, DC, 1997. (LAC/RSS Document, 6).
42. Pan American Health Organization. **Third evaluation of the implementation of the strategy for health for all by the year 2000**. Washington, DC, 1998a.
43. Pan American Health Organization. **Methodology for monitoring and evaluation of health sector reform in Latin America and the Caribbean**. Washington, DC, 1998b. (LAC/HSR Document, 1).
44. Pan American Health Organization. **Regional consultation of the Americas on health systems performance assessment** (background paper for the regional consultation): final report. Geneva: World Health Organization [aa].

45. Pan American Health Organization. **Health system performance assessment and improvement in the regions of the Americas**. Washington, DC, 2001.
46. Pan American Health Organization. **Desarrollo y fortalecimiento de la información para la gestión y operación de los servicios de salud**. Documento borrador: actualización 04/2001. Washington, DC, 2001.
47. Pan American Health Organization. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v.22, n.4, p.1-5, 2001.
48. PUENTES-MARKIDES, C. Health for All in the Americas: preferred scenario. In: BEZOLD, C.; FRENK, J.; MCCARTHY, S. (eds.). **21st Century Health Care in Latin America and the Caribbean**. Mexico City: Institute for Alternative Futures. p.155-178, 1998.
49. RIFKIN, S. B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. **Social Science & Medicine**, v.23, p. 559-566, 1986.
50. SANTOS, S. *et al.* Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.34, n.3, p.266-271, 2000.
51. SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice**, v.50, n.2, p.161-175, 2001.
52. STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. London/New York: Oxford University Press, 1998.
53. STARFIELD, B. Primary care: Is it essential? **Lancet**, v.344, p.1129-1133, 1994.
54. STARFIELD B. **Primary care: concept, evaluation, and policy**. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
55. STARFIELD, B. Postneonatal mortality. **Annual Review of Public Health**, v.6, p.21-40, 1985.
56. STARFIELD, B. **Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología**. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.
57. STREINER, D., NORMAN, G. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. London: Oxford University Press, 1995.
58. SVITONE, E. *et al.* Primary care lessons from the northeast of Brazil: the agentes de saúde program. **Rev Panam Salud Publica**, v.7, n.5, p.293-302, 2000.
59. SZWARCOWALD, C.L. *et al.* A saúde em números: pesquisa mundial de saúde 2003. **RADIS**, v.23, p.14-33, jul., 2004.
60. TERRA DE SOUZA, A. *et al.* Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, northeast Brazil: an ecological analysis. **Int J Epidemiol.**, v.28, p.267-75, 1999.

61. VIEIRA DA SILVA, L.; HARTZ, Z. (Coords.). **Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia**: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde; Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva-Centro Colaborador. Salvador, 2002.
62. VIANNA, A. L.; PIERANTONI, C. R. **Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos: relatório síntese e relatório metodológico**. Brasília, 2002.
63. VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy*, v.4, p.221-230, 1985.
64. WAYLAND, C.; CROWDER, J. Disparate views of community primary health care: understanding how perceptions influence success. *Med Anthr Q.*, v.16, n.2, p.230-247, 2002.
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma Ata**. Geneva, 1978.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000**. Geneva, 1981.
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Second Evaluation. Eighth report of the world health situation: Region of the Americas**. v. 3. Geneva, 1993.
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cooperacion de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de informacion en salud**. Geneva, 1997.
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting health through women's functional literacy and intersectoral action**. Geneva, 1998.
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Third Evaluation. Region of the Americas**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1999.
71. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2000**. Geneva, 2000.
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost, and impact, draft progress report**. Geneva, 2001.
73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Commission on Macroeconomics and Health--Final Report**. Geneva, 2001.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Proposed strategies for health systems performance assessment. Summary document**. Geneva, 2001.
75. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Provision of personal and non-personal health services: proposal for monitoring**. Geneva, 2002.
76. WORLD BANK. **World Development Report 1993: investing in health**. New York; London: Oxford University Press, 1993.

ANEXOS

ANEXO I: CARTÃO DE RESPOSTA



ANEXO II: TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

39634 62349 74088 5564 16379 19713 39153 69459 17986 24537	62134 87244 73348 80114 78490 64735 31010 66975 28652 36166
14595 35050 40469 27478 44526 67331 93365 54526 22356 93208	72749 13347 65030 26128 49067 27904 49953 74674 94617 13317
30734 71571 83722 79712 25775 65178 07763 82928 31131 30196	81638 36566 42709 33717 59943 12027 46547 61303 46699 76243
64628 89126 91254 24090 25752 03091 39411 73146 06089 15630	46574 79670 10342 89543 75030 23428 29541 32501 89422 87474
42831 95113 43511 42082 15140 34733 68076 18292 69486 80468	11873 57196 32209 67663 07990 12288 59245 83638 23642 61715
80583 70361 41047 26792 78466 03395 17635 09697 82447 31405	13862 72778 09949 23096 01791 19472 14634 31690 36602 62943
00209 90404 99457 72570 42194 49043 24330 14939 09865 45906	08312 27886 82321 28666 72998 22514 51054 22940 31842 54245
05409 20830 01911 60767 55248 79253 12317 84120 77772 50103	11071 44430 94664 91294 35163 05494 32882 23904 41340 61185
95836 22530 91785 80210 34361 52228 33869 94332 83868 61672	82509 11842 86963 50307 07510 32545 90717 46856 86079 13769
65358 70469 87149 89509 72176 18103 55169 79954 72002 20582	07426 67341 80314 58910 93948 85738 69444 09370 58194 28207
72249 04037 36192 40221 14918 53437 60571 40995 55006 10694	57696 25592 91221 95386 15857 84645 89659 80535 93233 82798
41692 40581 93050 48734 34652 41577 04631 49184 39295 81776	08074 89810 48521 90740 02687 83117 74920 25954 99629 78978
61885 50796 96822 82002 07973 52925 75467 86013 98072 91942	20128 53721 01518 40699 20849 04710 38989 91322 56057 58573
48917 48129 48624 48248 91465 54898 61220 18721 67387 66575	00190 27157 83208 79446 92987 61357 38752 55424 94518 45205
88378 84299 12193 03785 49314 39761 99132 28775 45276 91816	23798 55425 32454 34611 39605 39981 74691 40836 30812 38563
77800 25734 09801 92087 02955 12872 89848 48579 06028 13827	85306 57995 68222 39055 43890 36956 84861 63624 04961 55439
24028 03405 01178 06316 81916 40170 53665 87202 88638 47121	99719 36036 74274 53901 34643 06157 89500 57514 93977 42403
86558 84750 43994 01760 96205 27937 45416 71964 52261 30781	95970 81452 48873 00784 58347 40269 11880 43395 28249 38743
78545 49201 05329 14182 10971 90472 44682 39304 19819 55799	56651 91460 92462 98566 72062 18556 55052 47614 80044 60015
14969 64623 82780 35686 30941 14622 04126 25498 95452 63937	71499 80220 35750 67337 47556 55272 55249 79100 34014 17037
58697 31973 06303 94202 62287 56164 79157 98375 24558 99241	66660 78443 47545 70736 65419 77489 70831 73237 14970 23129
38449 46438 91579 01907 72146 05764 22400 94490 49833 09258	35483 84563 79956 88618 54619 24853 59783 47537 88822 47227

Fonte: <http://www.mrs.umn.edu/~sungurea/introstat/public/instruction/ranbox/randomnumbersII.html>

ANEXO III: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 1

Código da Unidade	Tipo de Unidade*	Número de Entrevistas
1	UBS	1
2	UBS	1
3	UBS	1
4	UBS	1
5	UBS	1
6	UBS	1
7	UBS	1
8	UBS	1
9	UBS	1
10	UBS	1
11	PSF	1
12	PSF	1
13	PSF	1
14	PSF	1
15	PSF	1
16	PSF	1
17	PSF	1
18	PSF	1
19	PSF	1
20	PSF	1
21	PSF	1
22	PSF	1
23	PSF	1
24	PSF	1
25	PSF	1
26	PSF	1
27	PSF	1
28	PSF	1
29	PSF	1
30	PSF	1
31	PSF	1
32	PSF	1

(*) UBS = Unidade Básica de Saúde tradicional; PSF = Programa de Saúde da Família.

ANEXO IV: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 2

Código da Unidade	Tipo de Unidade(*)	Número de Entrevistas	Código da Unidade	Tipo de Unidade	Número de Entrevistas
1	UBS	12	22	PSF	12
2	UBS	12	23	PSF	13
3	UBS	13	24	PSF	12
4	UBS	12	25	PSF	12
5	Centro	12	26	PSF	12
6	UBS	12	27	PSF	12
7	UBS	12	28	UBS	12
8	Ambulatório	12	29	PSF	12
9	PSF	12	30	PSF	12
10	PSF	12	31	PSF	12
11	UBS	11	32	PSF	12
12	UBS	0	33	PSF	12
13	UBS	12	34	UBS	12
14	UBS	12	35	PSF	12
15	PSF	12	36	UBS	12
16	PSF	12	37	PSF	12
17	PSF	12	38	PSF	12
18	PSF	12	39	UBS	4
19	Ambulatório	11	40	PSF	7
20	UBS	13	41	PSF	12
21	PSF	12			

(*) UBS = Unidade Básica de Saúde tradicional (são consideradas UBS os centros ou postos de saúde tradicionais); Ambulatório = Ambulatório hospitalar; PSF = Programa de Saúde da Família.

ANEXO V: DESEMPENHO POR ÍNDICE COMPOSTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Gráfico 23 – Acesso por unidade

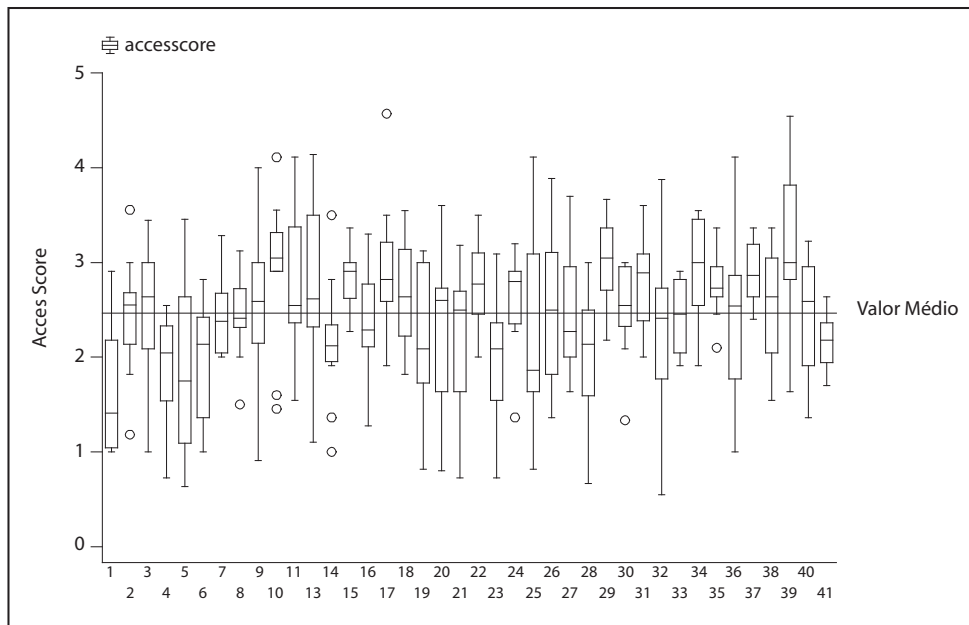


Gráfico 24 – Porta de Entrada por unidade

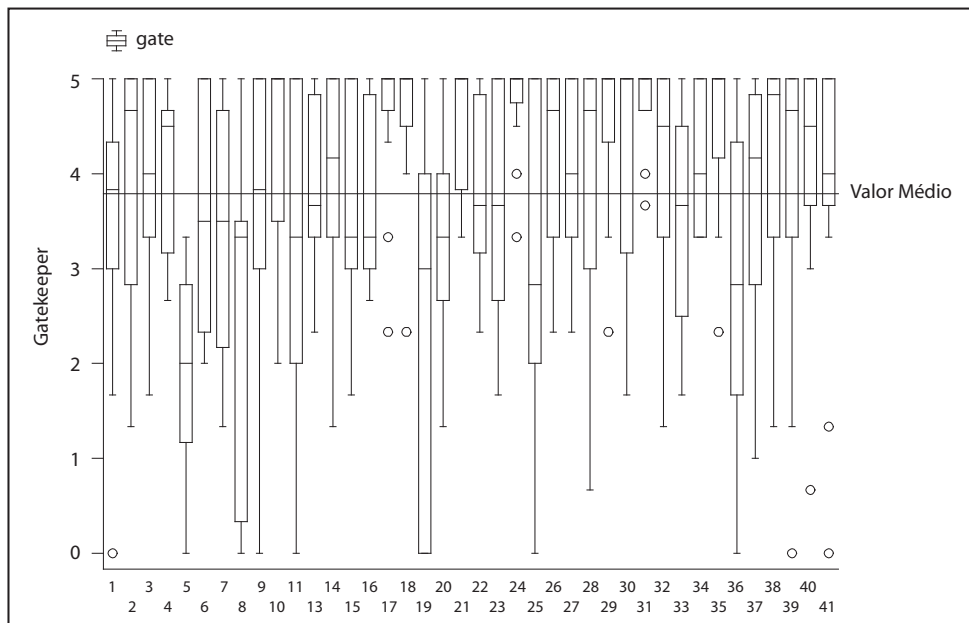


Gráfico 25 – Vínculo por unidade

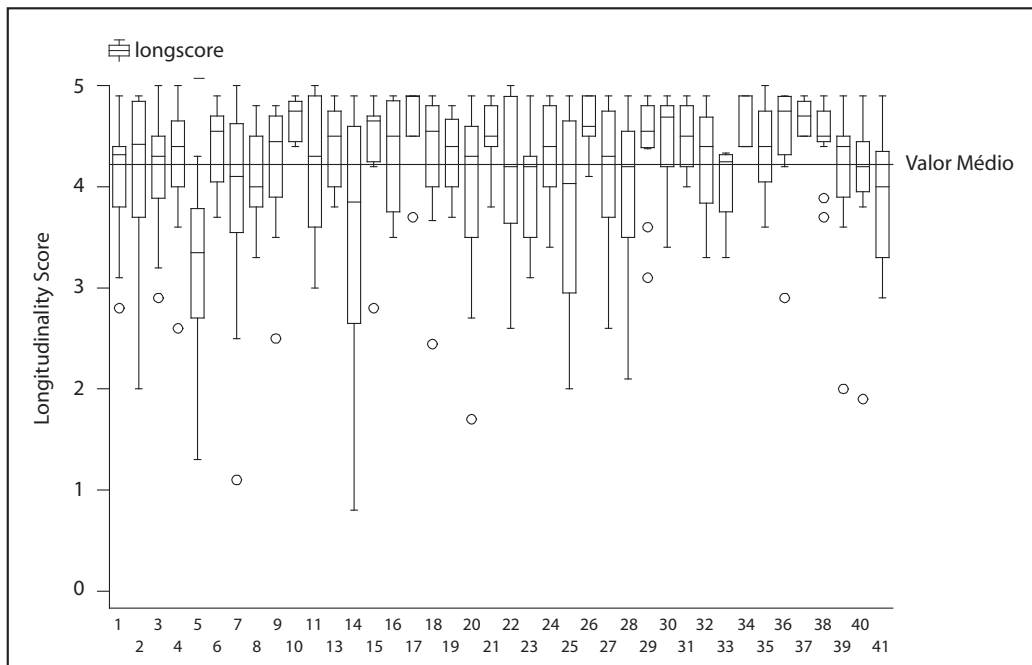


Gráfico 26 – Elenco de serviços por unidade

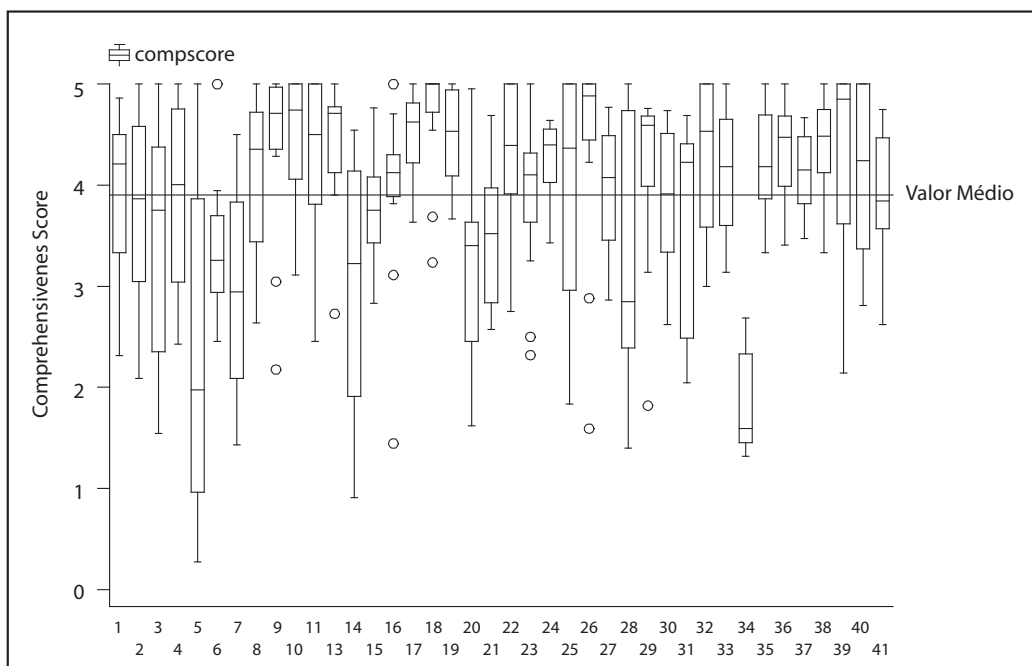


Gráfico 27 – Coordenação por unidade

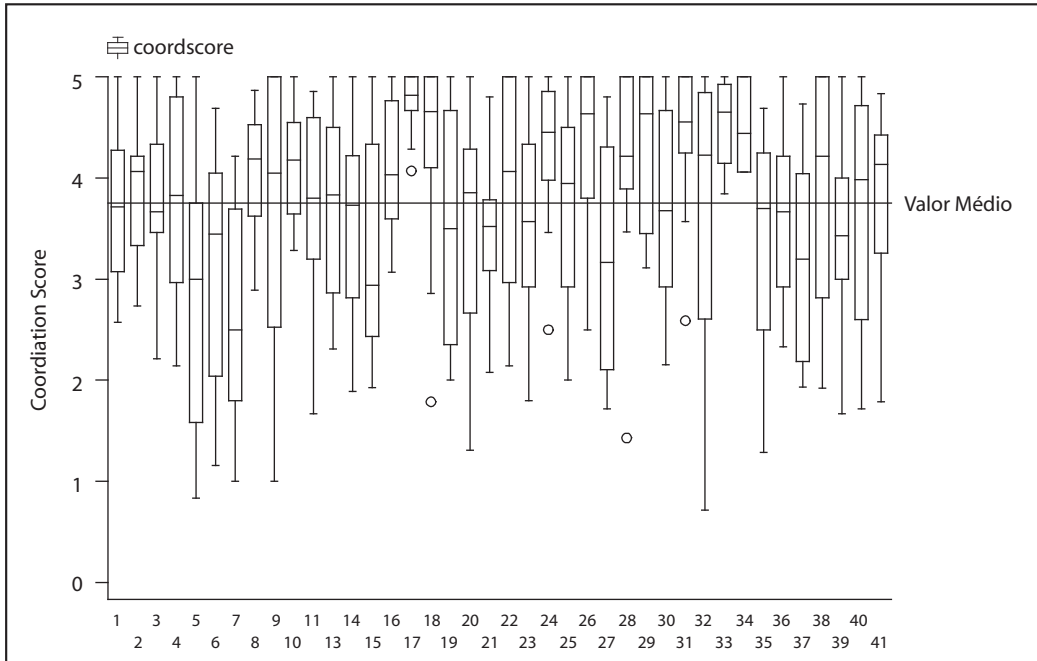


Gráfico 28 – Foco Familiar por unidade

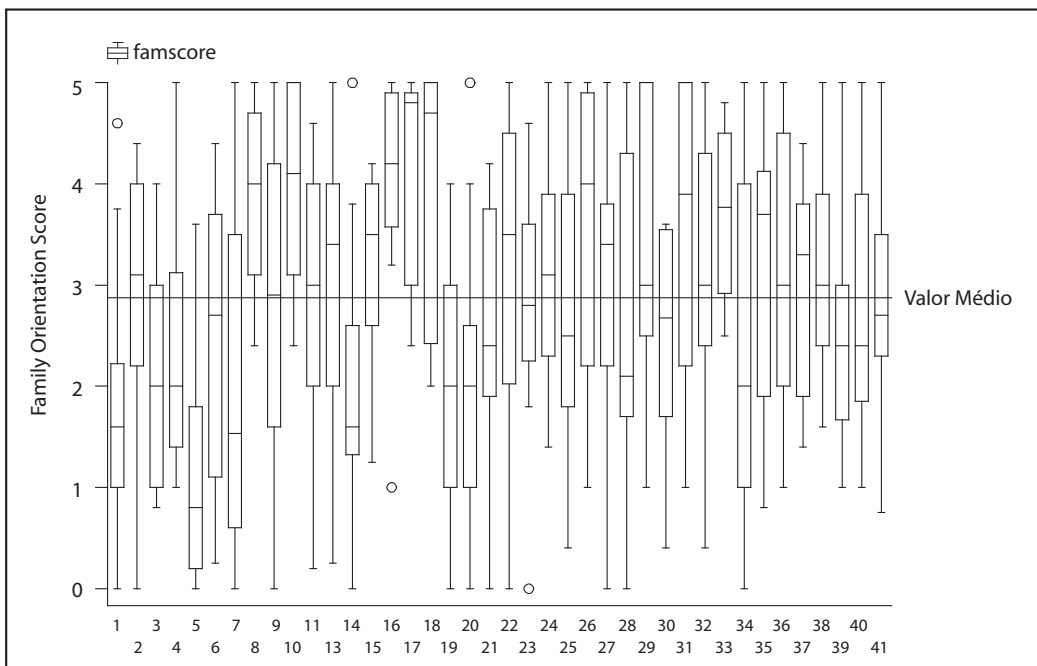


Gráfico 29 – Orientação para a comunidade por unidade

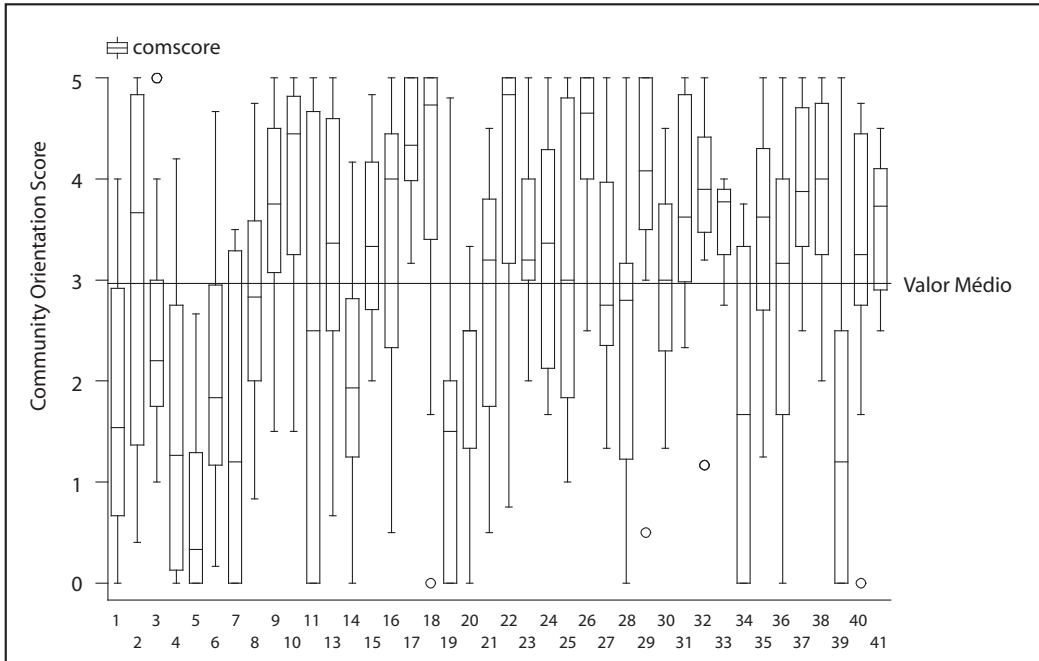
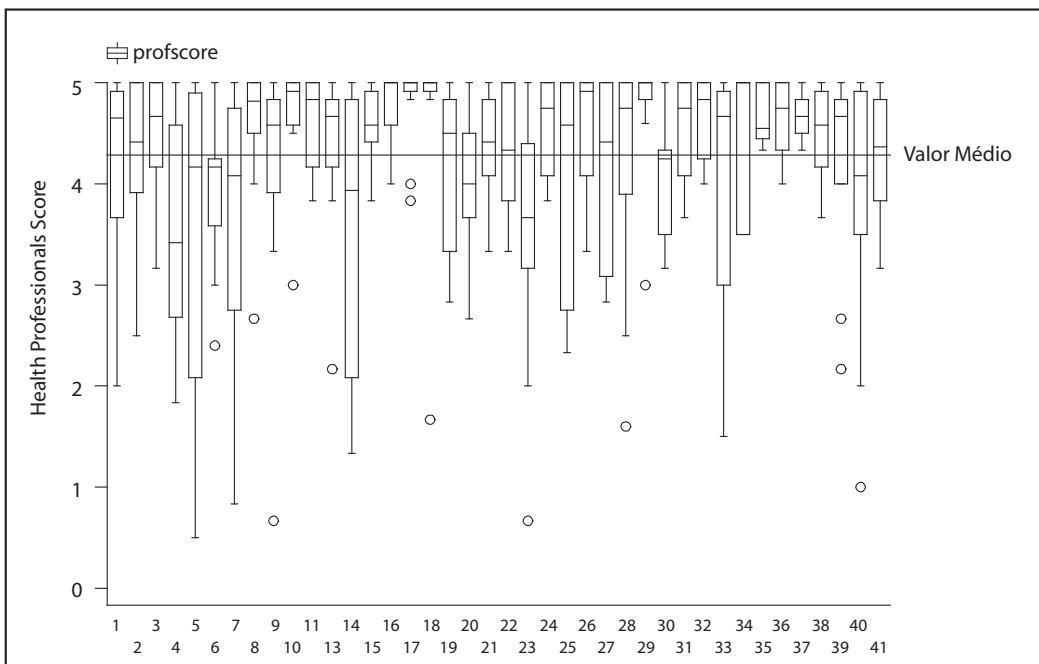


Gráfico 30 – Formação profissional por unidade



ANEXO VI: CRONBACH'S ALPHA: ETAPA 1 (PROFISSIONAIS NAS UNIDADES)

Acesso

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
access1	33	-	0,5705	0,4117	0,264856	0,6203
access2	33	-	0,6153	0,4567	0,254107	0,6120
access4	33	-	0,6839	0,4929	0,2257526	0,6024
access5	33	+	0,7553	0,6433	0,2175177	0,5648
access6	33	+	0,1717	0,0788	0,3581883	0,6819
access7	33	+	0,4806	0,3462	0,2961379	0,6394
access8	33	-	0,4844	0,2652	0,2872137	0,6592
access9	33	+	0,3986	0,2028	0,3110951	0,6682
access10	32	+	0,4239	0,2008	0,305905	0,6715
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,6653

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Vínculo

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
vinc1	33	-	0,4318	0,1447	0,2274515	0,4798
vinc2	32	+	0,7376	0,4042	0,096875	0,3113
vinc3	33	+	0,7028	0,4155	0,0976617	0,2845
vinc4	33	+	0,2927	0,0802	0,269481	0,5066
vinc6	33	+	0,3266	0,1373	0,2496258	0,4789
vinc7	33	+	0,5128	0,2399	0,1960624	0,4376
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,4774
<i>Cronbach alpha</i> (sem vinc4)						0,5066

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Elenco de serviços

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
elenc1	33	-	0,3264	0,3060	0,2662302	0,7621
elenc2	33	+	0,2025	0,1546	0,2779211	0,7680
elenc3	33	-	0,1305	0,1287	0,2796063	0,7692
elenc5	32	+	0,3335	0,2694	0,2741635	0,7690
elenc6	31	-	0,0552	-0,0204	0,282319	0,7760
elenc7	31	+	0,1038	0,0536	0,2780248	0,7705
elenc8	31	+	0,7324	0,6356	0,2082317	0,7311
elenc9	32	+	0,6150	0,5141	0,2250687	0,7400
elenc10	31	+	0,7302	0,6604	0,222683	0,7345
elenc11	31	+	0,5511	0,4901	0,2513811	0,7527
elenc12	32	+	0,0982	0,0790	0,2795392	0,7696
elenc13	33	+	0,0445	0,0154	0,2796968	0,7694
elenc14	33	-	0,0461	0,0336	0,281122	0,7705
elenc15	32	-	0,3419	0,2445	0,2592618	0,7633
elenc16	32	+	0,7663	0,7064	0,2170926	0,7290
elenc17	32	+	0,3669	0,2331	0,2591549	0,7711
elenc18	31	+	0,2226	0,0834	0,2679963	0,7770
elenc19	31	+	0,4222	0,3559	0,258641	0,7581
elenc20	32	+	0,7281	0,6529	0,2183177	0,7332
elenc21	32	+	0,6948	0,6211	0,2271305	0,7387
elenc22	32	+	0,2223	0,0836	0,2771161	0,7838
elenc23	32	-	0,4374	0,2803	0,2395892	0,7642
elenc24	32	+	0,2901	0,1817	0,2631502	0,7671
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto					0,2562316	0,7686

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Coordenação

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
coord1	33	-	0,2832	0,1693	0,0779358	0,4424
coord2	33	+	0,1653	0,1285	0,0855241	0,4610
coord3	32	-	0,4306	0,3317	0,0724591	0,4240
coord4	32	-	0,4495	0,3492	0,0704528	0,4173
coord5	32	+	0,2161	0,0353	0,085923	0,4776
coord6	32	+	0,4109	0,2840	0,0650278	0,4017
coord7	33	+	0,2511	0,1408	0,0767224	0,4396
coord8	33	+	0,5687	0,4287	0,0531998	0,3592
coord9	33	+	0,4201	0,3472	0,0745427	0,4289
coord10	33	+	0,3175	0,1402	0,0832349	0,4705
coord11	32	+	0,0402	-0,0493	0,0861705	0,4667
coord12	33	-	0,4016	0,2452	0,0713724	0,4292
coord13	33	-	0,5428	0,3243	0,0589567	0,4015
coord14	33	-	0,0415	-0,1454	0,0998119	0,5203
coord15	33	+	0,0913	-0,1162	0,0965132	0,5150
coord16	32	+	0,4167	0,1582	0,0725049	0,4544
coord17	31	-	0,3068	0,0300	0,0810019	0,4855
coord18	33	+	0,1774	0,1610	0,0856008	0,4608
coord19	30	-	0,1736	0,0566	0,0842691	0,4641
Teste da escala					0,0779604	0,4640
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,5203

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Enfoque familiar

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
fam1	33	+	0,9055	0,3585	0,1145244	0,3994
fam2	32	+	0,4901	0,2537	0,3797348	0,3647
fam3	33	+	0,5450	0,3045	0,3169999	0,3165
fam4	33	+	0,4797	0,3430	0,4189599	0,3698
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto					0,3079249	0,4238

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.**Orientação para a comunidade**

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
com1	33	+	0,4123	0,2709	1,624336	0,8169
com2	33	+	0,7357	0,6131	1,222096	0,7601
com3	31	+	0,7764	0,6359	1,097362	0,7497
com4	32	+	0,6256	0,4649	1,343077	0,7847
com5	32	+	0,6868	0,5383	1,262382	0,7704
com6	31	+	0,7705	0,6721	1,205065	0,7467
com7	32	+	0,6962	0,5545	1,254305	0,7669
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto					1,286453	0,7985

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.**Formação profissional**

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
prof1	33	-	0,0496	-0,0249	0,6586521	0,6327
prof2	33	+	0,0967	-0,3584	0,527046	0,6741
prof3	31	+	0,8118	0,5988	0,1934553	0,3439
prof4	31	+	0,7668	0,6286	0,3038933	0,4294
prof5	30	+	0,7590	0,4320	0,2698803	0,4953
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto					0,3893179	0,5908
<i>Cronbach alpha</i> (sem prof1)						0,6741

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Índice composto total

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
acesso	33	-	0,5146	0,3397	0,3047	0,7541
porta	33	+	0,3342	0,1359	0,3466	0,7878
vínculo	33	+	0,7100	0,5828	0,2593	0,7102
elenco	33	+	0,6830	0,5477	0,2655	0,7168
coordenação	33	+	0,2810	0,0790	0,3590	0,7968
família	33	+	0,7988	0,7025	0,2386	0,6869
comunidade	33	+	0,8068	0,7137	0,2368	0,6847
profissional	33	+	0,7521	0,6389	0,2495	0,6994
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto					0,2825	0,7590

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

ANEXO VII: CRONBACH'S ALPHA: ETAPA 2 (USUÁRIOS)

Acesso

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
acesso1	469	+	0,5041	0,3019	0,0756	0,4498
acesso2	444	+	0,5456	0,3543	0,0723	0,4381
acesso3	451	+	0,4615	0,2390	0,0793	0,4628
acesso4	413	+	0,5081	0,3152	0,0743	0,4453
acesso5	437	+	0,4050	0,1911	0,0859	0,4845
acesso6	420	+	0,4654	0,2593	0,0792	0,4625
acesso7	469	+	0,3829	0,1602	0,0892	0,4946
acesso8	469	-	0,0829	-0,1485	0,1203	0,5776
acesso9	443	+	0,4972	0,2933	0,0763	0,4525
acesso10	464	+	0,4093	0,1927	0,0853	0,4827
acesso11	469	-	0,2854	0,0653	0,0980	0,5207
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,5055
<i>Cronbach alpha</i> (sem acesso8 e acesso11)						0,5993

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Porta de entrada

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
porta1	468	+	0,7786	0,4709	0,2733	0,4293
porta2	469	+	0,8024	0,5156	0,2159	0,3551
porta3	460	+	0,6676	0,2819	0,5218	0,6858
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,6052
<i>Cronbach alpha</i> (sem porta3)						0,6858

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Vínculo

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
vincul1	469	+	0,4582	0,2972	0,2491	0,7491
vincul2	457	+	0,6190	0,4882	0,2239	0,7219
vincul3	469	+	0,6790	0,5611	0,2140	0,7102
vincul4	467	+	0,6885	0,5736	0,2126	0,7084
vincul5	468	+	0,6751	0,5564	0,2146	0,7109
vincul6	463	+	0,5843	0,4457	0,2289	0,7277
vincul7	468	+	0,5475	0,3984	0,2351	0,7345
vincul8	459	+	0,4104	0,2432	0,2559	0,7558
vincul9	456	+	0,3385	0,1657	0,2667	0,7660
vincul10	462	+	0,5654	0,4232	0,2322	0,7313
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,7527
<i>Cronbach alpha</i> (sem vincul9)						0,7660

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Elenco de serviços

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
elenc1	412	+	0,3550	0,2578	0,3098	0,9041
elenc2	436	+	0,5169	0,4356	0,2989	0,8995
elenc3	466	+	0,4997	0,4152	0,3012	0,9005
elenc4	435	+	0,5117	0,4263	0,2987	0,8994
elenc5	372	+	0,5501	0,4721	0,2954	0,8980
elenc6	340	+	0,5655	0,4950	0,2949	0,8978
elenc7	267	+	0,6510	0,5933	0,2904	0,8958
elenc8	226	+	0,7125	0,6657	0,2874	0,8944
elenc9	296	+	0,6291	0,5668	0,2913	0,8962
elenc10	375	+	0,5699	0,4994	0,2944	0,8976
elenc11	404	+	0,6077	0,5361	0,2919	0,8965
elenc12	458	+	0,5014	0,4237	0,3001	0,9000
elenc13	445	+	0,4812	0,3900	0,3020	0,9009
elenc14	323	+	0,7579	0,7148	0,2833	0,8925
elenc15	283	+	0,6183	0,5572	0,2906	0,8959
elenc16	397	+	0,6970	0,6397	0,2865	0,8940
elenc17	359	+	0,7316	0,6812	0,2849	0,8933
elenc18	389	+	0,6896	0,6309	0,2870	0,8942
elenc19	284	+	0,7113	0,6642	0,2867	0,8941
elenc20	292	+	0,6351	0,5771	0,2905	0,8958
elenc21	402	+	0,5530	0,4745	0,2968	0,8986
elenc22	439	+	0,2693	0,1656	0,3168	0,9069
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,9018

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Coordenação

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
coord1	465	+	0,3577	0,1811	0,2190	0,8177
coord2	468	+	0,5105	0,3475	0,2011	0,8011
coord3	462	+	0,5464	0,3994	0,1946	0,7945
coord4	469	+	0,3838	0,1912	0,2096	0,8093
coord5	466	+	0,3799	0,1779	0,2155	0,8146
coord6	388	+	0,4251	0,2592	0,2044	0,8043
coord7	59	+	0,4126	0,2409	0,1965	0,7964
coord8	59	+	0,6946	0,5663	0,1941	0,7939
coord9	326	+	0,2998	0,1100	0,2131	0,8125
coord13	287	+	0,6054	0,5045	0,1873	0,7867
coord14	289	+	0,6338	0,5380	0,1858	0,7850
coord15	289	+	0,6615	0,5718	0,1835	0,7824
coord16	286	+	0,7270	0,6501	0,1786	0,7768
coord17	291	+	0,6936	0,6095	0,1812	0,7798
coord18	286	+	0,7257	0,6488	0,1790	0,7772
coord19	290	+	0,6927	0,6091	0,1811	0,7797
coord20	278	+	0,4783	0,3610	0,1966	0,7966
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,8048

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Enfoque familiar

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha*
fam1	467	+	0,6886	0,4591	0,2683	0,5946
fam2	468	+	0,6420	0,3935	0,2966	0,6278
fam3	462	+	0,6886	0,4589	0,2662	0,5921
fam4	428	+	0,6209	0,3714	0,3038	0,6358
fam5	461	+	0,6458	0,4001	0,2925	0,6232
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,6666

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Orientação para a comunidade

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
com1	468	+	0,6532	0,3729	0,4494	0,8032
com2	416	+	0,7658	0,5524	0,3738	0,7491
com3	319	+	0,7049	0,4964	0,3944	0,7651
com4	271	+	0,7175	0,5267	0,3869	0,7593
com5	416	+	0,7061	0,4618	0,4113	0,7775
com6	254	+	0,7822	0,6446	0,3632	0,7404
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,7967

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Formação profissional

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
prof1	469	+	0,6721	0,4945	0,3622	0,7396
prof2	463	+	0,5924	0,3810	0,3966	0,7667
prof3	467	+	0,7564	0,6116	0,3275	0,7089
prof4	445	+	0,6223	0,4338	0,3806	0,7544
prof5	468	+	0,7221	0,5610	0,3402	0,7205
prof6	442	+	0,7269	0,5715	0,3395	0,7199
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,7697

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Índice composto total

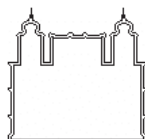
Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariância	alpha
acesso	469	+	0,5164	0,3527	0,3653	0,8011
porta	469	+	0,5138	0,3497	0,3659	0,8016
vínculo	469	+	0,6804	0,5533	0,3250	0,7711
elenco	469	+	0,7003	0,5788	0,3201	0,7672
coordenação	469	+	0,6451	0,5088	0,3336	0,7780
família	469	+	0,6811	0,5542	0,3248	0,7710
comunidade	469	+	0,7065	0,5868	0,3185	0,7659
profissional	469	+	0,7213	0,6060	0,3149	0,7629
<i>Cronbach alpha</i> Índice composto						0,8001

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

ANEXO VIII: QUESTIONÁRIOS

- A. Profissionais que trabalham nas unidades
- B. Decisores e supervisores
- C. Usuários adultos
- D. Usuários acompanhantes
- E. Termo de consentimento: modelo profissional/gestor
- F. Termo de consentimento: modelo adulto/acompanhante

A. Profissionais que trabalham nas unidades



MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil (Para ser aplicado aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM
ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO
INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

Atualizado: 18 de julho de 2005

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu título		
4.	Sua função	Administrador/a	
	(marque só uma resposta)	Agente comunitário de saúde	
		Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)	
		Enfermeiro/a	
		Médico/a	
		Outro profissional de saúde (especifique)	
		Outro gestor/(especifique)	
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função:	_____ anos	
12.	Tipo de organização	(marque só uma resposta)	
		Consultório privado	Clínica ambulatorial privada
		Equipe Saúde da família	Clínica ONG ou religiosa
		Centro de saúde	Hospital público
		Posto de saúde	Hospital privado
		Clínica ambulatorial pública	Outro (especifique)

B. Recursos humanos							
13.	Por favor, indique quantos e que tipo de profissionais trabalham na unidade.						
	Tipo de Profissional	Número de pessoas					
	Agentes Comunitários de Saúde						
	Auxiliares de Enfermagem						
	Enfermeiros						
	Médicos						
	Odontólogos						
	Psicólogos						
	Assistente Social						
	Outros profissionais de saúde (especifique _____)						
	Outros (que não são profissionais de saúde) especifique _____						

C. Acesso								
(*) Adequado quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria do atendimento das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve uma adequada* oferta de <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve adequado* <i>equipamento básico e estoque</i> para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade (de atenção básica)?	De _____ horas às _____ horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
22.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

3

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88
E. Vínculo								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
26.	A unidade tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços								
Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
32.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
33.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
34.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
36.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
37.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
39.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
40.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
41.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
42.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
44.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
46.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
48.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
49.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
50.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
51.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88
G. Coordenação								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?	1	2	3	4	5	6	88
57.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Com que frequência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88

63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Existe colheita de material para exames de laboratório na sua unidade?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizada por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para comunidade								
Com que frequência a sua unidade de atenção básica:								
	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe	
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88
J. Formação profissional								
	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe	
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
90.	A equipe de atenção básica foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, idioma etc.)	1	2	3	4	5	6	88
K. Auto-avaliação de confiança nas respostas								
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
91.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

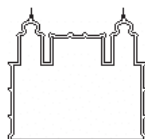
Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____, na _____.

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia ____ de ____ de _____.

B. Decisores e supervisores



MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil (Para ser aplicado aos decisores ou supervisores que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM
ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO
INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

Atualizado: 18 de julho de 2005

Baseado num questionário elaborado por:

Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy &
Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida
(ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional
da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua
utilização e os resultados obtidos.

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais	
1.	Data
2.	Seu nome
3.	Seu Título
4.	Sua função
	(marque só uma resposta)
	Administrador/a
	Agente comunitário de saúde
	Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)
	Enfermeiro/a
	Médico/a
	Outro profissional de saúde (especifique)
	Outro gestor/(especifique)
5.	Organização
6.	Numero de telefone
7.	Fax
8.	E-mail
9.	Endereço
10.	Cidade
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos
12.	Tipo de organização
	(marque só uma resposta)
	Consultório privado
	Equipe saúde da família
	Centro de saúde
	Posto de saúde
	Clinica ambulatorial pública
	Clinica ambulatorial privada
	Clinica ONG ou religiosa
	Hospital público
	Hospital privado
	Secretaria de saúde estadual
	Secretaria de saúde municipal
	Conselho de saúde estadual
	Conselho de saúde municipal
	Outro (especifique)

B. Distribuição de recursos financeiros		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
13.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as diferentes necessidades de saúde da população a ser atendida?	1	2	3	4	5	6	88
14.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as diferenças socioeconômicas da população?	1	2	3	4	5	6	88
15a	Para responder às necessidades de saúde das populações mais vulneráveis existem programas especiais de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
15.b	Em caso afirmativo à pergunta anterior, quais são estes programas especiais e qual porcentagem (aproximadamente) da população está coberta por cada um deles? (Caso não saiba, deixe em branco.)							
	Programa	% população coberta						
C. Acesso								
(*) 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/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
16.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem das unidades de atenção básica havia uma adequada* oferta de <i>medicamentos essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses para que porcentagem dessas unidades havia adequado* <i>equipamento básico e estoque para cumprir com suas funções essenciais</i> ?	1	2	3	4	5	6	88
18.	Que porcentagem das unidades básicas exige algum pagamento dos usuários/clientes na hora do atendimento (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
19.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
20.	Geralmente, as unidades de atenção básica estão abertas durante o fim de semana?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Qual é o horário normal de funcionamento das unidades de atenção básica?	Centro de saúde		De _____ horas às _____ horas				
		Posto de saúde		De _____ horas às _____ horas				
		PSF		De _____ horas às _____ horas				
		Outros		De _____ horas às _____ horas				
22.	Que porcentagem das unidades de atenção básica fica aberta pelo menos um dia durante a semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88

3

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

24.	Quando a unidade está fechada , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
25.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar mais de 30 minutos na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
D. Porta de entrada								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
26.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88
E. Vínculo								
27.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Acha que os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
32.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
33.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88
F. Elenco de serviços								
Em que medida as unidades de atenção básica oferecem os seguintes serviços?								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
34.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
36.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
37.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
38.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
39.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
40.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
41.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
42.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
44.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
46.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
4								
James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004								

47.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
48.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
49.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
50.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
51.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
55.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
56.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
57.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88
G. Coordenação		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
58.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de todas as crianças atendidas?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido para outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Quando os paciente são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Existem normas definidas para a realização de exames de laboratório para complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
69.	Em que porcentagem de unidades existe colheita de material para exames de laboratório na própria unidade?	1	2	3	4	5	6	88

70.	Em que porcentagem das unidades são os resultados dos exames de laboratório encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Em que porcentagem de unidades é feito o agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames feitos diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
72.	Em que porcentagem de unidades é o usuário/cliente avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
74.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
75.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
H. Enfoque familiar								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
77.	Em que porcentagem das unidades são os prontuários médicos organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
79.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88
I. Orientação para comunidade								
Com que frequência as unidades de atenção básica:								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
81.	Realizam enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades (demanda de atendimento) da população?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Realizam enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Têm representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Oferecem serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Oferecem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
6								
James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004								

86.	Trabalham ou combinam com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88
J. Formação profissional								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
88.	Que porcentagem das unidades conta regularmente com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
90.	Que porcentagem dos médicos recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
91.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Equipes de atenção básica estão capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (e.g. cultura, nível socioeconômico, idioma)	1	2	3	4	5	6	88
K. Auto avaliação de confiança nas respostas								
Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não estão disponíveis. Por favor, indique sua fonte de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.								
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
93.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
94.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88
7								
James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004								

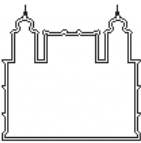
Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para _____, na _____, pelo e-mail
_____ ou pelo fax _____.

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia ____ de ____ de _____.

C. Usuários adultos

	Número do questionário _____
	Data dados foram digitados _____
	Dados digitados por _____
	Código do arquivo _____

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil (Para ser aplicados com usuários adultos)

Apresentação:
"Bom-dia!
Eu sou
Estou participando de uma pesquisa.
Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual é a sua idade? _____ anos
(Se não sabe responder, pergunte: em que ano nasceu?) _____ ano de nascimento

⇒ Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes de 1986) **não continue a entrevista.**
⇒ Se tiver pelo menos 18 anos **CONTINUE.**

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

1. O respondente mesmo que vai consultar (**CONTINUE**).
2. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE**).
3. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: O(a) senhor(a) já foi atendido(a) anteriormente neste posto/centro/unidade?

1. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
2. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Atualizado: 17 de junho de 2005

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP e James Macinko, Ph.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

A. Informações gerais								
1.	Data							
2.	Nome do entrevistador							
3.	Código do entrevistador							
4.	Nome do posto/centro/unidade							
5.	Bairro							
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica							
	Tipo	Código						
	PSF	1						
	PACS	2						
	Posto de saúde	3						
	Centro de Saúde	4						
	Ambulatório hospitalar	5						
	Outro (especifique)	6						
B. Informações sobre o usuário								
7.	Sexo do usuário	Mulher	0					
		Homem	1					
8.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou?	Sem escolaridade	0					
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1					
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2					
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3					
		Ensino médio (2º grau) completo	4					
		Ensino superior (universitário) incompleto	5					
		Ensino superior (universitário) completo	6					
	O(a) senhor(a) tem em casa?	Sim	Não					
9.	Luz elétrica	1	0					
10.	Água encanada	1	0					
11.	Banheiro dentro da casa	1	0					
12.	Geladeira	1	0					
13.	Radio	1	0					
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0					
15.	Televisão	1	0					
16.	Carro	1	0					
C. Saúde do usuário								
		Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa / na	Não sabe
17.	De um modo geral, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99
18.	Nos últimos 30 dias o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo de saúde?	Sim		Não		Recusa / na		Não sabe
		1 (passe à pergunta 19)		0 (passe à pergunta 20)		88 (passe à pergunta 20)		99 (passe à pergunta 20)
19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias _____				Recusa / na		Não sabe
						88		99

O(a) senhor(a) tem:		Sim	Não	Recusa / na	Não sabe
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique _____)	1	0	88	99

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o(a) senhor(a) e sua família têm recebido neste posto/centro/unidade.
OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso

	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
29. O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
30. O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste posto/centro/unidade no prazo de 24 horas ?	1	2	3	4	5	6	88	99
31. Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32. Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33. Durante o período de funcionamento normal deste posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34. Quando este posto/centro/unidade está fechado , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35. Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto/centro/unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36. Quando vem consultar neste posto/centro/unidade o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37. Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este posto/centro/unidade tinha todos os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38. Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
39. O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (co-pagamento) neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99

3

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

E. Porta de entrada									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/centro/unidade antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
F. Vínculo									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
43.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste posto/centro/unidade que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste posto/centro/unidade os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional deste posto/centro/unidade que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste posto/centro/unidade respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as suas consultas os profissionais deste posto/centro/unidade anotam as suas queixas no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste posto/centro/unidade estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51 a	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99

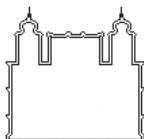
51 b	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade o tratam como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99
G. Elenco de serviços									
Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99
H. Coordenação									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade , traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	1	2	3	4	5	6	88	99

78.	O profissional deste posto/centro/unidade tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) senhor(a) está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste posto/centro/unidade permitem que o(a) senhor(a) veja o seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
PERGUNTA 80: SÓ PARA MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS									
PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA MULHERES QUE ESTÃO GRÁVIDAS									
SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM PASSAR PARA A PERGUNTA 83.									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
80.	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Os profissionais deste posto/centro/unidade pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(1) Sim (continue com a pergunta 84) (0) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
84.	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
86.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	O(a) senhor(a) retorna a este posto/centro/unidade com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	O(a) senhor(a) é informado(a) neste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
6 James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004									

I. Enfoque familiar									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
92.	Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
94.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste posto/centro/unidade conhecem bem a sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste posto/centro/unidade falaria(m) com a sua família sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	Os profissionais deste posto/centro/unidade lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
J. Orientação para a comunidade									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
97.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto/centro/unidade atendem aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
99.	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto/centro/unidade ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
100	Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
101	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
102	O(a) senhor(a) acha que este posto/centro/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa	Não sabe
103	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
104	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
105	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a um amigo(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
106	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
107	Os profissionais deste posto/centro/unidade são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
108	Os profissionais de saúde neste posto/centro/unidade relacionam-se bem com a sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
109. A senhora (o senhor) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvida(s)?									
110. Observações do entrevistador									
Agradecemos a sua participação.									

D. Usuários acompanhantes



MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA "SERGIO AROUCA"
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Número do questionário _____
Data dados foram digitados _____
Dados digitados por _____
Código do arquivo _____

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil (Para ser aplicado com adultos acompanhantes de crianças, menores de 18 anos ou incapacitados)

Apresentação:

"Bom-dia!
Eu sou
Estou participando de uma pesquisa.
Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual é a sua idade? _____ anos
(Se não sabe responder, pergunte: em que ano nasceu?) _____ ano de nascimento

- ⇒ Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes de 1986) **não continue a entrevista.**
- ⇒ Se tiver pelo menos 18 anos **CONTINUE.**

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

1. O respondente mesmo que vai consultar (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS**).
2. O respondente veio acompanhando usuário com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**CONTINUE**).
3. O respondente veio acompanhando usuário com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: A pessoa/criança que está acompanhando hoje já foi atendida anteriormente neste posto/centro/unidade?

1. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
2. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Atualizado: 17 de junho de 2005

*Este instrumento é baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP e James Macinko, Ph.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins
Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).*

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e dos resultados obtidos.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Nome do entrevistador		
3.	Código do entrevistador		
4.	Nome do posto/centro/unidade		
5.	Bairro		
6.	Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica		
	Tipo	Código	
	PSF	1	
	PACS	2	
	Posto de saúde	3	
	Centro de Saúde	4	
	Ambulatório hospitalar	5	
	Outro (especifique)	6	
B. 1. Informações sobre o acompanhante			
7.a	Sexo do acompanhante	Mulher	0
		Homem	1
7.b	Qual é a sua relação com a pessoa que está acompanhando?	Mãe (ou pai)	1
		Irmão/irmã	2
		Outro parente	3
		Outro (e.g. amigo(a))	4
7.c	Qual foi a última série escolar que o senhor(a) completou?	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6
	Observação: Ensino fundamental = 8 séries Ensino médio = 3 séries Ensino superior 4-6 anos		
B. 2. Informações sobre o paciente			
O restante das perguntas estão relacionadas à pessoa que está sendo acompanhada e que é chamada "paciente"			
8.a	Sexo do paciente	Mulher	0
		Homem	1
8.b	Idade do paciente	_____ anos (ou _____ meses)	
8.c	Qual foi a última série escolar que o paciente completou?	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6
	A casa do paciente tem	Sim	Não
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro da casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Radio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

C.Saúde do paciente.								
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa / na	Não sabe	
17.	De um modo geral, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) considera o estado de saúde do paciente como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?							
	5	4	3	2	1	88	99	
18.	Nos últimos 30 dias, o paciente deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde?		Sim		Não		Recusa	Não sabe
	1 (passe à pergunta 19)		0 (passe à pergunta 20)		88 (passe à pergunta 20)		99 (passe à pergunta 20)	
19	Nos últimos 30 dias, quantos dias o paciente deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?				Recusa / na		Não sabe	
	Número de dias _____				88		99	
O paciente tem....?:								
	Sim		Não		Recusa / na		Não sabe	
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?							
	1	0	88		99			
21.	Artrite ou reumatismo?							
	1	0	88		99			
22.	Câncer?							
	1	0	88		99			
23.	Diabetes?							
	1	0	88		99			
24.	Bronquite ou asma?							
	1	0	88		99			
25.	Hipertensão ou pressão alta?							
	1	0	88		99			
26.	Doença do coração?							
	1	0	88		99			
27.	Depressão?							
	1	0	88		99			
28.	Outra doença? (especifique _____)							
	1	0	88		99			
Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o paciente tem recebido neste posto/centro/unidade. Por favor responda segundo a sua experiência como acompanhante do paciente.								
OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS								
D. Acesso								
	Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta para o paciente neste posto/centro/unidade ?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) para o paciente neste posto/ centro/unidade no prazo de 24 horas ?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este posto/centro/unidade está aberto durante os fins de semana?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este posto/centro/unidade fica aberto depois das 18 horas pelo menos um dia durante a semana?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de funcionamento normal do posto/centro/unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este posto/centro/unidade está fechado , existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?							
	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar mais de 30 minutos neste posto/centro/ unidade antes que o paciente seja atendido por um profissional de saúde?							
	1	2	3	4	5	6	88	99

36.	Quando traz o paciente para consultar neste posto/centro/unidade o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas consultas mais recentes (no último mês) este posto/centro/unidade tinha todos os medicamentos que o paciente precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas consultas mais recentes (no último mês), este posto/centro/unidade tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do problema de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para que o paciente seja atendido neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
E. Porta de entrada									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o paciente ou sua família precisa de algum controle de saúde preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(s) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o paciente tem um problema de saúde o(a) senhor(a) normalmente vem a este posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o paciente normalmente tem que realizar uma consulta neste posto/centro/unidade antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
F. Vínculo									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
43.	Quando o paciente vem neste posto/centro/unidade para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre o tratamento do paciente, consegue falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste posto/centro/unidade os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas sobre o paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional que atende o paciente neste posto/centro/unidade compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais neste posto/centro/unidade respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
4 James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004									

48.	Durante as consultas os profissionais deste posto/centro/unidade anotam as queixas do paciente no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste posto/centro/unidade estão informados sobre todos os medicamentos que o paciente está utilizando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste posto/centro/unidade são informados quando o paciente não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51 a	Com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade tratam o paciente apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51 b	E com que frequência os profissionais deste posto/centro/unidade tratam o paciente como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99
G. Elenco de serviços Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o paciente ou a sua família, os seguintes serviços neste posto/centro/unidade ?									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças Sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88	99
63.	Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta	1	2	3	4	5	6	88	99
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	1	2	3	4	5	6	88	99
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados dos exames de laboratório quando vem consultar neste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da consulta de retorno para saber os resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este posto/centro/unidade , traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc. do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
78.	O profissional de saúde deste posto/centro/unidade tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) paciente está sendo atendido(a) ou examinado(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste posto/centro/unidade permitem que o(a) senhor(a) veja o prontuário médico do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
PERGUNTAS 80 E 81: SÓ PARA MULHERES (OU HOMENS) QUE ESTEJAM ACOMPANHANDO CRIANÇAS									
PERGUNTA 82: SÓ PARA PACIENTES MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS									
PERGUNTA 83 E 84: SÓ PARA PACIENTES MULHERES GRÁVIDAS									
SE O ENTREVISTADO NÃO ACOMPANHA UMA CRIANÇA OU MULHER MENOR PASSAR PARA A PERGUNTA 85.									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
80.	O(a) senhor(a) tem em seu poder um cartão de registro das imunizações realizadas na criança e do crescimento dela?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade pedem que o(a) senhor(a) traga consigo(a) o registro de imunizações e do crescimento quando vem para consultar as crianças?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Quando a paciente estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	Nesta gravidez a paciente tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
84.	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade pedem que traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal da paciente toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	O paciente foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(1) Sim (continue com a pergunta 86) (0) Não (Passe para a pergunta 94 – Enfoque Familiar)							
86.	Quando o paciente vai consultar com um especialista é encaminhado por um profissional deste posto/centro/unidade ?	1	2	3	4	5	6	88	99

87.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade lhe ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste posto/centro/unidade fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) retorna a este posto/centro/unidade com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) é informado(a) neste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
92.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste posto/centro/unidade sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
I. Enfoque familiar									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
94.	Durante a consulta os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade normalmente perguntam sobre as condições de vida da família do paciente (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	Durante a consulta os profissionais deste posto/centro/unidade normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade conhecem bem a família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
97.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade falaria(m) com a família do paciente sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o tratamento do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
7									
James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004									

J. Orientação para a comunidade									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
99.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste posto/centro/unidade atendem aos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
100	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste posto/centro/unidade sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
101	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste posto/centro/unidade ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
102	Este posto/centro/unidade oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
103	Com que frequência os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
104	O(a) senhor(a) acha que este posto/centro/unidade trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
K. Formação profissional									
		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
105	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
106	Na sua experiência, com que frequência o(a) senhor(a) veio a este posto/centro/unidade e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
107	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a um amigo(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
108	O(a) senhor(a) recomendaria este posto/centro/unidade a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
109	Os profissionais deste posto/centro/unidade são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
110	Os profissionais de saúde deste posto/centro/unidade relacionam-se bem com a sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

111. A senhora (o senhor) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvida(s)?

112. Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

E. Termo de consentimento: modelo profissional/gestor

MODELO PROFISSIONAL/GESTOR

LOGO(S) INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES

LOCAL, DATA

Termo de Consentimento

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para participar da [NOME DA PESQUISA]. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da [NOME DAS INSTITUIÇÕES]. Tem como objetivos: [OBJETIVOS DA PESQUISA].

Com este estudo, se buscará desenvolver uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações**. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com o(a) coordenador(a) da equipe de pesquisadores, [NOME DO(A) COORDENADOR(A)] da [NOME DA INSTITUIÇÃO], nos telefones [N. DOS TELEFONES], ou pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL].

Coordenadores da pesquisa
[NOMES DOS COORDENADORES]

(OBS.: CADA VEZ QUE O QUESTIONÁRIO FOR UTILIZADO DEVERÁ SER APROVADO PELO RESPECTIVO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO DOS PESQUISADORES OU PROFISSIONAIS QUE QUEIRAM APLICAR O QUESTIONÁRIO)

F. Termo de consentimento: modelo adulto/acompanhante

MODELO ADULTO/ACOMPANHANTE

LOGO(S) INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES

LOCAL E DATA.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa [NOME DA PESQUISA]. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da [NOME DA INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES] . Tem como objetivos a realização de uma enquete populacional para medir aspectos críticos do sistema de atenção básica em [NOME DO MUNICÍPIO].

Sua participação consistirá em responder a um questionário, o que não deve levar mais de 45 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma agregada, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a). Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas não será possível identificar nenhum dos indivíduos que participaram da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois, as informações fornecidas servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços de atenção básica em Petrópolis e sugerir possíveis melhorias.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores da [NOME DA INSTITUIÇÃO], Dra./Dr. [NOME DO COORDENADOR(A)], pelos telefones [No. DE TELEFONE], ou ainda pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL].

Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da [NOME DA INSTITUIÇÃO] pelo telefone [N. DO TELEFONE] ou pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL]

Coordenadores do Projeto
[NOME DO(S) COORDENADOR(A) / COORDENADORES(AS), INSTITUIÇÃO]

Uma cópia desta declaração deve ficar com o(a) Sr(a).

Assinatura do entrevistado

Data

***Nota para entrevistadores:** Se o entrevistado for analfabeto ou não for capaz de assinar seu nome, verifique se compreendeu bem os Termos de Consentimento, coloque as iniciais do nome do entrevistado no local da assinatura, escreva uma observação de que ele é analfabeto mas compreendeu os termos e aceitou participar na pesquisa e rubrique.*

(OBS.: CADA VEZ QUE O QUESTIONÁRIO FOR UTILIZADO DEVERÁ SER APROVADO PELO RESPECTIVO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO DOS PESQUISADORES OU PROFISSIONAIS QUE QUEIRAM APLICAR O QUESTIONÁRIO)