

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Fatores associados aos atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados por idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010

por
Daniel Knupp Augusto

Belo Horizonte
2016

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR D.K.AUGUSTO 2016

Daniel Knupp Augusto

Fatores associados aos atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados por idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Orientação: Sérgio William Viana Peixoto

Belo Horizonte

2016

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

A923f Augusto, Daniel Knupp.
2016

Fatores associados aos atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados por idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010 / Daniel Knupp Augusto. – Belo Horizonte, 2016.

X, 41 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f.: 47 - 51

Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Epidemiologia

1. Saúde do Idoso 2. Atenção Primária à Saúde/utilização 3. Avaliação em Saúde/estatística & dados numéricos 4. Envelhecimento da População I. Título. II. Peixoto, Sérgio William Viana (Orientação).

CDD – 22. ed. – 305.26

Daniel Knupp Augusto

Fatores associados aos atributos da Atenção Primária à Saúde avaliados por idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Sérgio William Viana Peixoto (CPqRR/Fiocruz) Presidente

Prof. Dra. Veneza Berenice de Oliveira (FM/UFMG) Titular

Prof. Dra. Juliana Vaz de Melo Mambrini (CPqRR/Fiocruz) Titular

Prof. Dra. Karla Cristina Giacomini (CPqRR/Fiocruz) Suplente

Dissertação defendida e aprovada em Belo Horizonte, 31/03/2016

Dedico este trabalho a

Catarina e a Danielle, pelo amor que temos em família, pelo apoio para a realização dessa dissertação, pela compreensão e tolerância com as minhas ausências e, especialmente, por darem sentido à minha vida.

A meus pais e meu irmão por serem uma referência na minha formação pessoal e por me incentivarem e me guiarem no caminho dos estudos.

Aos colegas preceptores, residentes e ex-residentes da residência de medicina de família e comunidade do Hospital Municipal Odilon Behrens, minha segunda família.

Aos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde da região metropolitana de Belo Horizonte, pelo árduo trabalho diário, e, em particular, aos colegas do Centro de Saúde Céu Azul, com quem tanto aprendi nos anos em que lá estive.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao Professor Sérgio William Viana Peixoto, que gentilmente aceitou assumir minha orientação já ao longo do segundo ano do programa e ainda assim me orientou com extrema maestria, sendo imprescindível para a realização dessa dissertação.

Agradeço ainda aos professores do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva do CPqRR, que contribuíram significativamente para minha formação profissional, e a todos funcionários do CPqRR e Escola de Saúde Pública, que tornam possíveis as atividades do programa.

Resumo

O envelhecimento da população é associado a um aumento na prevalência de condições crônicas de saúde, que frequentemente levam a perda de autonomia e qualidade de vida, com repercussões na capacidade de autocuidado e criação de barreiras para utilização dos serviços de saúde. O objetivo deste estudo é determinar os fatores associados à qualidade do serviço prestado pela Atenção Primária à Saúde (APS) na avaliação de idosos que não possuem plano privado de saúde e que reportaram ter um profissional ou serviço de referência vinculado à APS, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010 (n = 893). Trata-se de um estudo transversal, que é baseado em dados do Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). A avaliação do serviço de saúde prestado foi feita a partir dos itens do questionário do referido inquérito, que tem correspondência com atributos essenciais da APS (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária). As variáveis explicativas incluíram: condições sociodemográficas, comportamentos em saúde, uso de serviços de saúde e condições de saúde. Utilizou-se a regressão de Poisson, com variância robusta, para estimar a associação entre cada um dos seis atributos da APS e as variáveis explicativas pesquisadas, estimando-se as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança (95%), considerando o ajuste pelas variáveis sociodemográficas. Os resultados mostraram melhor avaliação nos atributos coordenação do cuidado, acesso de primeiro contato e integralidade, e pior avaliação no atributo de orientação comunitária. De maneira geral, os idosos mais velhos, as mulheres e os de maior escolaridade avaliaram melhor o serviço, ao passo que aqueles que reportaram maior uso do serviço e ocorrência de condições crônicas fizeram uma pior avaliação da APS. Esses resultados podem indicar os grupos que merecem maior atenção dos serviços e auxiliar na implementação de políticas de melhoria da qualidade da APS na RMBH.

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Envelhecimento da população, Doença crônica, Qualidade da assistência à saúde.

Abstract

Population aging is associated with an increased prevalence of chronic health conditions, which often lead to loss of independence and quality of life, impacting on self-care ability and creating barriers to utilization of health services. The aim of this study is to determine the factors associated with the quality of the service provided by the Primary Health Care (PHC) in the evaluation of elderly who do not have private health insurance and who reported having a professional or referral service linked to APS, residents in the Metropolitan Region Belo Horizonte, in 2010 (n = 893). This is a cross-sectional study, which is based on data from the Health Survey of the metropolitan region of Belo Horizonte (MRBH). The evaluation of the health service provided was made from the items of the investigation questionnaire, which has correspondence with essential attributes of APS (access, longitudinality, comprehensiveness, coordination of care, family counseling and community orientation). The explanatory variables included sociodemographic conditions, health behaviors, use of health services and health conditions. We used Poisson regression, with robust variance to estimate the association between each of the six attributes of APS and the explanatory variables surveyed, estimating the prevalence ratios and confidence intervals (95%), considering the setting by sociodemographic variables. The results showed better evaluate the attributes coordination of care, first contact and completeness access, and worse evaluation in community-oriented attribute. In general, the older elderly, women and higher education better assessed the service, while those who reported greater use of the service and the occurrence of chronic conditions made worse assessment of the APS. These results may indicate the groups that deserve more attention services and assist in the implementation of improvement policies PHC quality in MRBH.

Key words:

Primary Health Care, health evaluation, population aging, chronic disease, the health care quality

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.....	30
Tabela 2 - Atributos avaliados na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.....	31
Tabela 3 - Associação entre cada atributo e variáveis sociodemográficas e local de residência na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.....	32
Tabela 4 - Associação entre cada atributo e variáveis de comportamento e uso de serviços de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.....	33
Tabela 5 - Associação entre cada atributo e variáveis de condições de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.....	34
Tabela 6 - Associação entre cada atributo e variáveis de condições de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010 (análise ajustada).....	35
Tabela 7 - Associação entre cada atributo e variáveis de comportamento e uso de serviços de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010 (análise ajustada).....	36
Tabela 8 - Associação entre cada atributo e variáveis de condições de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010. (análise ajustada).....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	13
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL.....	16
3.3 AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE.....	19
3.4 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	22
3.5 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	23
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	25
4.2 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	25
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	27
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONCLUSÃO.....	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS.....	47

1 Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel importante no cuidado à população idosa e no controle dos fatores de risco e condições crônicas mais prevalentes nessa população (STARFIELD, 2002; CALDERÓN-LARRAÑAGA et al, 2014). De maneira geral, a adoção de um sistema baseado na APS de qualidade apresenta-se associada a menores taxas de incidência de doenças, de mortalidade geral, além da redução de mortes prematuras e evitáveis, sendo responsável também pela redução da internação hospitalar e pela maior equidade em saúde (MACINKO et al, 2003; STARFIELD et al, 2005). No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal programa da APS no país, foi responsável pela redução das internações por condições sensíveis à atenção primária, reduzindo os custos para o sistema e confirmando a importância da APS para o melhor desempenho do sistema de saúde (MACINKO et al, 2011).

O rápido envelhecimento populacional observado no Brasil, acompanhado pelo aumento da prevalência das doenças crônicas, apresenta-se como um importante desafio para o sistema de saúde, considerando que o maior número de doenças leva ao maior uso dos serviços de saúde, incluindo consultas com generalistas e especialistas, elevando o custo para o sistema (STARFIELD, 2011; VOGELI et al, 2007; STARFIELD et al, 2005). Entre 1998 e 2008, por exemplo, observou-se um aumento da prevalência de hipertensão e diabetes, bem como do número de consultas médicas realizadas pela população idosa brasileira, além de uma redução das internações hospitalares, ilustrando que o aumento da demanda pelos serviços de atenção primária pode estar associado à redução das hospitalizações nessa população (LIMA-COSTA et al, 2011). Entre idosos portadores de condições crônicas, residentes nas regiões Sul e Nordeste do país, a realização de consulta médica nas unidades básicas de saúde em 2005 foi maior entre aqueles com menor escolaridade e residentes em regiões cobertas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ilustrando a importância desse programa para promover o acesso ao serviço. Por outro lado, foi observada menor proporção de consultas entre os idosos mais velhos (80 anos e mais), chamando atenção para a necessidade de maior atenção para esse crescente segmento da população (RODRIGUES et al, 2009).

Nesse contexto, torna-se importante avaliar a qualidade da atenção em saúde, em seus diferentes níveis, que é determinada por diversos fatores, sobretudo características sociodemográficas e condições de saúde, apresentando ampla variação entre populações (MIN et al, 2005, 2007; KURPAS et al, 2013; SHI et al, 2013, 2014).

2 Objetivo

Avaliar a presença de atributos da Atenção Primária à Saúde e os fatores associados a eles na perspectiva de idosos que não possuem plano privado de saúde, residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, em 2010.

3 Revisão da literatura

3.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecidamente um elemento fundamental para que os sistemas de saúde desempenhem sua função de forma adequada. Em geral, um sistema de saúde estruturado a partir da APS é capaz de oferecer à sociedade um serviço mais acessível, mais equânime e mais apropriado às necessidades da população (STARFIELD, 2002; OMS, 1978). Além disso, também se sabe que os sistemas de saúde estruturados a partir da APS são capazes de prover ações de saúde a um menor custo, se comparados a outros modelos de atenção (STARFIELD, 2002). Portanto, já a algumas décadas a APS tem sido apontada como estratégia para que sejam alcançadas metas de melhores indicadores de saúde para a população (OMS, 1978).

A APS pode ser definida pelo conjunto de valores que ela agrega, como a solidariedade e a defesa do direito à saúde, pelos princípios que a norteiam, como a responsabilidade governamental, a sustentabilidade e a participação social, ou ainda por um conjunto de elementos estruturantes, que são denominados atributos da APS (BRASIL, 2010).

Os atributos essenciais da APS são o acesso de primeiro contato, a coordenação de cuidados, a longitudinalidade e a integralidade. Além dos atributos essenciais, também podem ser enumeradas outras características desejáveis a um serviço de APS, que são ditos atributos derivados: competência cultural; cuidados centrados na família; e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield (2002), o acesso de primeiro contato pode ser definido como a facilidade de um indivíduo obter uma resposta quando busca determinado serviço de saúde. Fatores de diferentes naturezas atuam em conjunto para determinar o quanto é acessível um serviço de saúde à população. Esses fatores podem ser, por exemplo, geográficos, como um vale ou um rio; culturais, pela não representação de determinado padrão cultural no serviço de saúde; socioeconômicos, como a necessidade de efetuar pagamento para a utilização do serviço; ou físicos, como uma escadaria na entrada de uma unidade de saúde. A relevância do acesso de primeiro contato é ainda maior quando estamos tratando de

sistemas de saúde que se organizam com a APS como a sua principal porta de entrada.

Ainda segundo a autora, podemos definir a coordenação de cuidados como a capacidade de gerenciar as necessidades de saúde de um indivíduo, sabendo oferecer, buscar ou mesmo desaconselhar determinado recurso, disponível ou não, no sistema de saúde. Na prática, os profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção primária, diante de um problema de saúde que demande um recurso de diagnóstico ou de terapêutica que vá além do que cabe a eles oferecer (uma pessoa com colelitíase com indicação para colecistectomia, por exemplo), devem encaminhar o paciente para um serviço de saúde de referência com maior capacidade de resolução daquele determinado problema de saúde (um serviço que realize tal intervenção cirúrgica, seguindo o exemplo), mas seguem acompanhando o indivíduo após seu retorno, para prestar os cuidados necessários no momento subsequente e em situações futuras (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade diz respeito à prestação de serviços pelos mesmos profissionais ou equipe de saúde por um determinado tempo. O atributo de longitudinalidade, portanto, está mais presente quando os profissionais de saúde permanecem na mesma unidade ou mesmo posto de trabalho por longos períodos de tempo, em geral, por anos. Supõe-se que, em serviços onde esse atributo se faz mais presente, os profissionais de saúde criem vínculos e tenham um maior conhecimento a respeito dos problemas de saúde mais frequentes na população por eles assistida (STARFIELD, 2002).

O atributo da integralidade está relacionado com a capacidade do serviço dar respostas adequadas à maioria dos problemas de saúde que lhe são apresentados. É a capacidade de ser polivalente, prestar assistência a pessoas de todas as faixas etárias e não restringir a oferta de serviços apenas a um determinado grupo de ações em saúde (por exemplo, realizar apenas vacinação e atividades de promoção da saúde ou atender apenas a crianças) (STARFIELD, 2002).

Os atributos derivados - competência cultural, cuidados centrados na família e orientação comunitária – podem ser entendidos como consequência dos atributos essenciais. Entretanto, não necessariamente há uma relação de causa e efeito ou temporal entre eles. Entende-se que a competência cultural é a capacidade de adequar o saber científico das profissões de saúde, e, conseqüentemente, as ações

desenvolvidas, ao contexto cultural das pessoas assistidas pelo serviço de saúde. Pode incluir, por exemplo, desde a habilidade para comunicar-se em dialetos utilizados na comunidade até o conhecimento e o respeito a crenças religiosas locais (STARFIELD, 2002).

Por fim, a centralidade na família e a orientação comunitária são atributos ligados à capacidade do serviço tratar das questões de saúde a partir de uma perspectiva que vai além dos fatores individuais. Significa, portanto, que os profissionais buscam compreender questões ligadas ao entorno familiar e comunitário e, além de levá-las em consideração no momento de intervir sobre o indivíduo, eventualmente também podem desenvolver ações de saúde direcionadas ao contexto da família e da comunidade (STARFIELD, 2002).

Embora a definição dos atributos trate-se de uma divisão teórica do que de fato é o cotidiano de um serviço de APS, ela tem grande valor, pois permite que a presença desses atributos possa ser avaliada isoladamente (BRASIL, 2010). A avaliação rigorosa da presença e extensão dos atributos da APS em um determinado serviço de saúde fornece uma importante estratégia para identificar em que medida esse serviço de saúde está realmente orientado para a APS e, portanto, poderia ser capaz de oferecer à população os benefícios que são associados a esse nível de atenção.

3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

No Brasil, desde 1994, quando surge o Programa de Saúde da Família (PSF), tem se buscado organizar no Sistema Único de Saúde um modelo de atenção que tenha a APS como elemento central e organizador de uma rede estruturada de serviços. O PSF, com caráter claramente descentralizador e municipalista, cresceu progressivamente desde o início de sua implantação. Entre 1994 e 2010, o número de equipes de saúde da família apresenta o expressivo crescimento da ordem de 10.000%, passando das iniciais 328 equipes para mais de 30000 equipes (BRASIL, 2010).

A história da APS no Brasil é anterior ao PSF. Desde o início do século passado, já havia ações em saúde com características de serviços de APS (MELLO & VIANA, 2011). Na década de 1920 são estabelecidos os primeiros

Centros de Saúde, que passam a adotar uma prática de cunho mais educativo e preventivo em comparação às ações em saúde precedentes, que tinham um cunho de polícia sanitária. Os Centros de Saúde também adotavam uma lógica de regionalização das ações em saúde, com a subdivisão do território das cidades em Distritos Sanitários (CAMPOS, 2006).

A partir de 2006, com a Política Nacional de Atenção Básica, o PSF, que já havia alcançado abrangência nacional, assume caráter de uma política de estado, passando a se adotar o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF se torna a principal política de organização da Atenção Básica, devendo progressivamente substituir outros modelos de organização da Atenção Básica no país (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que o termo Atenção Básica, utilizado largamente nas políticas de saúde no país, tem princípios claramente equivalentes aos princípios da APS, razão pela qual esse último termo será adotado nesse trabalho. O trecho a seguir, retirado da última edição da Política Nacional de Atenção Básica, ilustra bem essa semelhança (BRASIL, 2012):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral... Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

No Brasil, entre 1999 e 2007, foi observada uma queda significativa das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, com exceção para o diabetes. Além disso, chama atenção que a maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal ação para consolidação da atenção primária no

país, esteve associada a menores taxas de internações por essas condições sensíveis, evidenciando o papel importante da ESF para o melhor desempenho do sistema de saúde brasileiro (MACINKO et al, 2011). Estudo conduzido em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, reforçam a importância da ESF, considerando que a realização de consultas médicas nas Unidades Básicas de Saúde entre idosos (65+ anos) portadores de doenças crônicas foi maior entre aqueles residentes em áreas cobertas por esse programa e com menor escolaridade, ressaltando a possível contribuição da ESF para a equidade em saúde no país. Por outro lado, resalta-se que a população com mais de 80 anos teve menor proporção de consultas, indicando um possível desfavorecimento desse segmento no acesso aos serviços (RODRIGUES et al, 2009).

A ESF tem recebido destaque em importantes periódicos científicos fora do Brasil. Em um artigo publicado no *New England Journal of Medicine*, os autores remontam a história da ESF e destacam o caráter inovador enquanto um serviço de APS, em particular o seu modelo de base comunitária, o trabalho em equipe com a participação de agentes comunitários de saúde e a sua importante contribuição para que o Sistema Único de Saúde possa alcançar cobertura universal (MACINKO & HARRIS, 2015).

A ESF é apontada como um elemento estruturante do SUS, com um papel fundamental na descentralização do sistema (PAIM et al, 2011). Os autores também destacam a evolução da ESF, que teve, em seu princípio, um caráter de ações verticais direcionadas especialmente à saúde materna e infantil de populações mais vulneráveis, e gradualmente voltou-se a ações mais integrais e a uma cobertura populacional. São elencados alguns resultados positivos atribuídos à ESF, como a redução na mortalidade infantil nas áreas cobertas pela estratégia e o aumento na proporção de pessoas que relatam ter a ESF como seu serviço de saúde de referência, que passou de 42% em 1998 para 57% em 2008.

Portanto, a APS tem um papel importante no cuidado à população idosa e no controle dos fatores de risco e condições crônicas mais prevalentes nessa população (STARFIELD, 2002; CALDERÓN-LARRAÑAGA et al, 2014).

3.3 Avaliação de fatores associados a qualidade de atenção à saúde

É evidente a necessidade da avaliação, gestão e garantia da qualidade no setor saúde, destacando-se as avaliações da qualidade dos serviços prestados, tanto na esfera pública quanto na privada, representando esse o âmbito mais frequentemente estudado desse setor (NOVAES, 2000). Nessa perspectiva, antes da avaliação propriamente dita deve-se definir claramente o que será considerado qualidade (DONABEDIAN, 1988). O cuidado em saúde é composto pelo sistema de saúde adotado e pelas ações desenvolvidas dentro desse sistema para melhorar as condições de saúde e bem-estar das populações, sendo que a qualidade do cuidado pode ser definida por duas dimensões fundamentais, que estão relacionadas ao acesso ao serviço e a efetividade do mesmo (CAMPBELL et al, 2000). Dentro dessa perspectiva mais ampla de avaliação da qualidade do cuidado em saúde, destaca-se a importância de se conhecer a qualidade dos atributos da atenção primária, definidos anteriormente, o que poderá fornecer evidências sobre a percepção da população em relação ao acesso e efetividade desse serviço e auxiliar na definição e reestruturação das políticas existentes.

De maneira geral, a avaliação de fatores associados a qualidade da atenção em saúde na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde, seus diferentes níveis, é determinada por diversos fatores, sobretudo características sociodemográficas e condições de saúde, que apresentam ampla variação entre populações. Estudo americano conduzido entre adultos cadastrados nos centros de saúde ("Health Centers") evidenciou melhor avaliação do serviço em relação ao acesso e coordenação da assistência entre os indivíduos mais velhos (SHI et al, 2013). Resultado na mesma direção foi observado entre pacientes usuários de clínicas de atenção primária na Polônia, com melhor avaliação dos fatores relacionados à longitudinalidade do cuidado entre os mais velhos (KURPAS et al, 2013). Por outro lado, entre idosos participantes do "Assessing the Care of Vulnerable Elders" (ACOVE), nos Estados Unidos, a variável idade do indivíduo não apresentou associação com a qualidade do cuidado, avaliada pelas condutas registradas nos prontuários em relação ao perfil de saúde do paciente (MIN et al, 2005), enquanto um estudo brasileiro entre idosos usuários da atenção básica de Natal (RN), observou pior avaliação da longitudinalidade na população com 80 anos ou mais (ARAÚJO et al, 2014). Em relação à variável sexo do indivíduo, os

resultados parecem ser mais consistentes sobre a não influência dessa variável na determinação da qualidade da atenção, avaliada de diferentes maneiras (SHI et al, 2013; ARAÚJO et al, 2014; MIN et al, 2005). Por outro lado, a variável etnia do indivíduo se mostrou como um importante determinante da qualidade da atenção entre adultos americanos, tendo sido observado, com poucas exceções, um pior desempenho do sistema entre as minorias étnicas (negros, asiáticos e hispânicos), sobretudo em relação ao primeiro contato e à longitudinalidade (SHI et al, 2014).

A condição socioeconômica é um importante determinante das condições de saúde, mas sua influência na qualidade da atenção não apresenta resultados consistentes. Dois estudos americanos não evidenciaram associações significativas com nível socioeconômico, tanto entre adultos (SHI et al, 2013), quanto entre idosos (MIN et al, 2005). Por outro lado, entre os participantes adultos com doenças crônicas do “Medical Expenditure Panel Survey” (MEPS), conduzido também nos Estados Unidos, a maior posição socioeconômica, avaliada por emprego, educação e nível de pobreza, foi importante determinante de melhor qualidade do serviço de atenção primária, sobretudo em relação ao acesso (SHI et al, 2014). Já no Brasil, de forma oposta ao observado no estudo anterior, a menor renda pessoal foi determinante para melhor avaliação do acesso (primeiro contato) e da coordenação da atenção, enquanto a escolaridade não influenciou os parâmetros avaliados (ARAÚJO et al, 2014).

As condições de saúde determinam o uso dos serviços (VOGELI et al, 2007), podendo, portanto, exercer influência também na avaliação dos mesmos. A existência de múltiplas condições crônicas de saúde, perfil comum entre idosos, leva a maior procura pelos serviços e pode tornar a coordenação do cuidado mais difícil, exigindo maior número de visitas a especialistas, além do acompanhamento na atenção primária (STARFIELD et al, 2005; VOGELI et al, 2007). De maneira geral, a associação entre multimorbidades e a qualidade da atenção é controversa, podendo inclusive variar segundo clusters de condições crônicas. Além disso, alguns estudos evidenciaram associação entre a ocorrência de múltiplas condições crônicas e um pior desempenho da atenção (ALTER et al, 2003; MacLEAN et al, 2000; SHADMI et al, 2006), enquanto outros mostraram que esse quadro de maior número de doenças foi relacionado a uma melhor qualidade do cuidado (MIN et al,

2005; MIN et al, 2007; HARMAN et al, 2005). Sabe-se que pacientes que sofreram um infarto agudo do miocárdio e são portadores de diabetes tem mais probabilidade de não receberem algumas intervenções indicadas em seu cuidado (uso de antiagregante plaquetário, de beta-bloqueadores e revascularização do miocárdio) do que aqueles que não são portadores de diabetes (ALTER et al, 2003). A qualidade do cuidado prestado a pacientes portadores de artrite reumatóide, avaliado por indicadores de processo, relacionados às suas comorbidades, também parece variar substancialmente de acordo com o modelo de atenção utilizado (MacLEAN et al, 2000). Por outro lado, um estudo transversal com indivíduos de mais de 65 anos de idade com diagnóstico auto referido de depressão demonstrou que aqueles portadores de hipertensão arterial ou diabetes tem uma chance significativamente maior de receber cuidados adequados para o transtorno de humor do que aqueles que não eram portadores dessas comorbidades (HARMAN et al, 2005).

Há ainda evidências de que os indivíduos com uma boa experiência relacionada à utilização de serviços de APS, em especial quando são marcantes os atributos de acesso e longitudinalidade, avaliam melhor sua saúde e que tais serviços são capazes de reduzir o impacto de disparidades sociais na saúde (SHI et al, 2002). Por outro lado, em amostra nacional de usuários de centros de saúde americanos a melhor percepção da saúde esteve associada a menor probabilidade de ter transporte para a consulta e receber auxílio para medicamentos gratuitos (SHI et al, 2013).

Essa diversidade de resultados em relação aos fatores que determinam a percepção de qualidade da atenção em saúde pode ser explicada, pelo menos em parte, (a) pela utilização de diferentes instrumentos para medir a qualidade, incluindo desde a percepção do indivíduo até a comparação das ações registradas nos prontuários médicos com a condição de saúde dos pacientes; (b) pelas diferentes realidades pesquisadas, considerando as características das populações e o sistema de saúde adotado no país; e (c) por diferenças de composição das amostras, que incluem desde indivíduos cadastrados e/ou atendidos nos serviços de saúde até amostras representativas das populações residentes nas áreas consideradas para estudo. Ainda assim, fica clara a importância de se conhecer esses determinantes, objetivando subsidiar a melhor organização dos serviços para

atingir níveis adequados de acesso e efetividade das ações.

3.4 Instrumentos para a avaliação de serviços de APS

Diferentes instrumentos tem sido utilizados para avaliar a qualidade de serviços de APS. Uma revisão da literatura apontou que não existe um instrumento que prepondere sobre os outros e que os instrumentos presentes na literatura se estruturam a partir dos atributos da APS (FRACOLLI et al, 2014). Essa revisão identificou cinco principais instrumentos utilizados, sendo eles: o *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); o *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP); o *General Practice Assessement Questionnaire* (GPAQ); o Aplicativo para Atenção Primária à Saúde (PACOTAPS); e o *Primary Care Assessement Tool* (PCA-Tool). O instrumento da Organização Mundial da Saúde (PCET) predomina nos estudos realizados em países que estão em processo de implantação de serviços de APS. O AQ-PCP tem o propósito de ser utilizado como uma avaliação do serviço de APS na situação específica de prestadores de cuidados a crianças com transtorno de hiperatividade e déficit de atenção. Nos estudos de avaliação de serviços de APS realizados no Brasil prevalece a utilização do PCA-Tool e há ainda um manual sobre a sua utilização que foi publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O PCA-Tool é um instrumento composto por quatro diferentes modelos de questionários, todos autoaplicáveis (BRASIL, 2010). Dois questionários são voltados ao usuário do serviço, sendo um voltado aos responsáveis por crianças que usam o serviço (PCA-Tool Brasil versão criança), e o outro voltado aos adultos (PCA-Tool Brasil versão adulto). Há ainda um questionário voltado aos profissionais de saúde (*Provider survey*) e um questionário voltado ao gestor ou gerente do serviço (*Facility survey*).

O PCA-Tool versão adulto, do qual derivam algumas perguntas do questionário utilizado para a coleta de dados no presente estudo, é um questionário composto por 87 itens distribuídos em 10 componentes ligados aos atributos da APS. Esses 10 componentes e 87 itens são subdivididos no questionário de modo a avaliar o grau de afiliação com o serviço de saúde e os atributos da APS: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação de cuidados; integralidade; orientação familiar e orientado comunitária (BRASIL, 2010).

3.5 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional, que se constitui em um fenômeno demográfico mundial, também se faz presente na população brasileira. Ao longo das últimas décadas o aumento da população de pessoas com mais de 60 anos de idade foi superior ao aumento da população mais jovem, decorrente da redução das taxas de fecundidade e da redução da mortalidade, que torna a população mais longeva (CAMARANO, 2002).

As consequências desse fenômeno podem ser percebidas na esfera social, econômica e também na área da saúde (CAMARANO, 2002). O aumento da prevalência de condições crônicas é uma consequência marcante do envelhecimento populacional (CAMARANO, 2002). Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 1/3 das pessoas com mais de 70 anos de idade serão portadores de alguma condição crônica de saúde e pelo menos 20% sofrerão algum grau de incapacidade em função de suas condições de saúde (OMS, 2002).

Para ilustrar esse peso, na população brasileira, a prevalência da hipertensão arterial passa de cerca de 36% na população com mais de 60 anos de idade para quase metade da população com mais de 80 anos. O diabetes é condição prevalente em 8% das pessoas com mais de 60 anos de idade e 12% naquelas com mais de 80 anos e as doenças da coluna ou das costas acometem pelo menos 40% das pessoas idosas (CAMARANO, 2002). Considerando o período de dez anos (entre 1998 e 2008), a prevalência auto referida de hipertensão arterial e diabetes, aumentou entre idosos brasileiros, passando de 43,9% para 53,3% e de 10,3% para 16,1%, respectivamente. Por outro lado, houve também um aumento das consultas médicas e redução das hospitalizações, o que pode explicar a melhoria de outros indicadores, como a redução da prevalência de artrite, doenças do coração, depressão e aumento da proporção dessa população com auto avaliação da saúde boa ou muito boa (LIMA-COSTA et al, 2011).

O impacto do envelhecimento e do aumento da prevalência de doenças crônicas pode ser notado na limitação da capacidade funcional dos idosos. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2013), 6,8% das pessoas com mais de 60

anos de idade tem algum grau de incapacidade para as atividades de vida diária. Esse percentual sobe para 15,6% se considerarmos apenas as pessoas com mais de 75 anos de idade.

Além do envelhecimento, outros fatores também estão associados ao aumento da prevalência das condições crônicas. A Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer um plano estratégico para prevenção e controle das condições crônicas não transmissíveis no mundo (OMS, 2008), aponta o consumo do tabaco, a alimentação não saudável e o sedentarismo como os fatores de risco fundamentais para o desenvolvimento das condições crônicas não transmissíveis. Destaca ainda que os determinantes sociais também estão fortemente ligados a essas condições de saúde.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011), que visa promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde para a prevenção de controle das DCNT e dos fatores de risco a elas associados. O Plano se subdivide em quatro principais grupos de doenças: as doenças circulatórias, as doenças respiratórias crônicas, as neoplasias e o diabetes. As principais ações e diretrizes foram estabelecidas em três eixos, o eixo da vigilância, informação, avaliação e monitoramento, o eixo da promoção de saúde e o eixo do cuidado integral. O documento também destaca o impacto da APS nas DCNT ao apontar para uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade por essas doenças ao longo da última década, atribuindo esse resultado à redução do consumo do tabaco e à expansão da APS.

4 Metodologia

4.1 Local e População de estudo

O presente estudo se utiliza de dados coletados no *Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte*, realizado em 2010 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou, Fiocruz Minas (Protocolo 10/2009). Na época da pesquisa, a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) era constituída por 34 municípios, totalizando 4,8 milhões de pessoas.

Os participantes desse inquérito foram selecionados por uma amostra probabilística de conglomerados, estratificada em dois estágios, sendo os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considerados a unidade primária de seleção e o domicílio a unidade amostral, considerando a área urbana dos municípios que compõem essa região metropolitana. Essa amostra foi baseada em 7500 domicílios, dos quais 5798 (77,3%) participaram da pesquisa. Todos os moradores com 20 anos ou mais foram elegíveis para a entrevista e a coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à *Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte*, conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do Governo do Estado de Minas Gerais.

O inquérito incluiu 2271 idosos (60 anos ou mais), sendo 1175 (51,7%) usuários exclusivos do SUS (não possuíam plano privado de saúde). Desses, 893 (76,0%) referiram possuir um profissional ou serviço de referência vinculado à Atenção Primária em Saúde (posto de saúde, médico, enfermeiro ou agente do posto de saúde ou da Estratégia Saúde da Família) tendo sido incluídos na presente análise. Foram excluídos, portanto, 118 (10,0%) idosos que relataram não possuir profissional ou serviço de referência e 164 (14,0%) que reportaram outro profissional ou serviço (estabelecimentos ou profissionais particulares, hospitais e unidades de pronto atendimento).

4.2 Variáveis do estudo

O conjunto de variáveis dependentes foi definido visando retratar a percepção

do idoso sobre o serviço de saúde ou profissional de referência ou sobre o último serviço utilizado. Para tanto, considerou-se as seguintes questões relacionadas aos atributos da APS (STARFIELD, 2002): “Com que frequência acha fácil conseguir consulta?” (acesso de primeiro contato); “Com que frequência é atendido pelo mesmo profissional de saúde?” (longitudinalidade); “Com que frequência quem lhe atende é capaz de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?” (integralidade); “Com que frequência quem lhe atende o ajuda a marcar uma consulta com especialista ou para fazer exames?” (coordenação do cuidado); “Com que frequência quem lhe atende pergunta sobre a saúde dos outros membros da sua família?” (orientação familiar); “Com que frequência quem lhe atende realiza atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?” (orientação comunitária). Essas questões apresentaram quatro opções de resposta, que foram agrupadas em duas: (1) sempre ou na maioria das vezes (melhor avaliação) e (2) raramente ou nunca (pior avaliação).

As variáveis explicativas incluíram: condições sociodemográficas, comportamentos em saúde, uso de serviços de saúde (preventivos ou não) e condições de saúde. Entre as condições sociodemográficas, considerou-se sexo, faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), cor da pele auto referida (branca e não branca) e escolaridade em anos de estudo (< 4, 4 a 7 e 8 ou mais). A variável renda familiar não foi considerada por ter apresentado elevado percentual de perdas (34,5%). Considerou-se também o local de residência do participante (Belo Horizonte ou outros municípios da região metropolitana). Os comportamentos em saúde incluíram: prática de atividade física (caminhada, ginástica ou esportes) três ou mais vezes por semana, nos últimos 90 dias durante os períodos de lazer ou folga, por pelo menos 20 minutos; tabagismo atual, independente da quantidade de cigarros fumados; e ingestão de cinco ou mais drinques de bebida alcoólica nos últimos 30 dias em uma única ocasião (consumo excessivo de bebida alcoólica).

Para caracterizar o uso de serviços de saúde as seguintes variáveis foram consideradas: realização de pelo menos uma consulta médica e hospitalização nos últimos 12 meses; verificação da pressão arterial há dois anos ou menos; realização de dosagem de colesterol há cinco anos ou menos; e dosagem de glicemia no sangue nos últimos dois anos. As condições de saúde auto referidas consideradas foram hipertensão arterial, diabetes, angina/infarto, artrite, depressão e acidente

vascular encefálico (AVE). Essas doenças foram também agrupadas em uma única variável: número de condições crônicas (nenhuma, uma, duas ou mais). Além disso, a variável saúde auto referida foi também considerada nesse estudo, sendo categorizada como boa/muito boa e regular/ruim/muito ruim.

4.3 Análise dos dados

Foi realizada uma análise descritiva de todas as variáveis consideradas nesse estudo, usando as proporções, com os respectivos intervalos de confiança (95%). Em seguida, utilizou-se a regressão de Poisson, com variância robusta, para estimar a associação entre cada um dos seis atributos da APS considerados e as variáveis explicativas pesquisadas, estimando-se as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança (95%), sem ajuste e considerando o ajuste pelo bloco de variáveis sociodemográficas e local de residência.

Todas as análises foram realizadas no programa Stata 13.0, utilizando-se os procedimentos para análise de inquéritos com amostras complexas.

5 Resultados

A análise das características da população da amostra (Tabela 1) nos permite concluir que a maioria tem menos de 70 anos de idade, 7 anos ou menos de estudo e cerca de metade residiam em Belo Horizonte. Com relação aos hábitos, nota-se que 88,7% não pratica atividade física 3 ou mais vezes por semana, mas outros hábitos nocivos à saúde (tabagismo e consumo excessivo de bebida alcoólica) estão presentes em 11,4% e 16,9%, respectivamente. Quanto ao uso de serviços de saúde, a maioria realizou consulta médica no último ano (77,6%) e 8,8% foram hospitalizados no mesmo período. O uso dos serviços preventivos de saúde considerados nesse estudo (dosagem de colesterol nos últimos 5 anos e aferição de pressão arterial e dosagem de glicemia nos últimos 2 anos) foram frequentes, alcançando percentuais superiores a 90%. Em relação às condições de saúde, a maioria refere ter uma ou mais doenças crônicas, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (60,5%), seguida por artrite (18,5%) e diabetes (17,6%). A menor prevalência foi observada para AVE (5,2%). Nessa população, 45,2% classificaram a saúde como boa ou muito boa.

Com exceção ao atributo de orientação comunitária, os resultados mostram que a maior parte dos indivíduos avaliam bem os serviços de APS que utilizam (Tabela 2). Os atributos melhor avaliados foram o acesso de primeiro contato (73,9% com boa avaliação) e a coordenação do cuidado (76,9%), com proporções de melhor avaliação superiores a 70%. Entre os atributos essenciais, a longitudinalidade teve o pior desempenho (63,2%), seguido pelo atributo de integralidade (69,0%).

Nas análises não ajustadas encontrou-se uma menor proporção de boa avaliação entre os residentes em Belo Horizonte, para o acesso de primeiro contato e uma maior proporção de boa avaliação entre os mais idosos e naqueles com pele não branca, no atributo de longitudinalidade, e entre indivíduos com 8 ou mais anos de estudo, no atributo coordenação do cuidado (Tabela 3). Na análise das variáveis relacionadas ao comportamento e uso de serviços de saúde, destaca-se a menor frequência de boa avaliação da APS entre aqueles que consultaram um médico no último ano, em relação ao acesso e à longitudinalidade, bem como entre os idosos que aferiram a pressão arterial e a glicemia nos últimos dois anos, para a orientação

familiar (Tabela 4). Por fim, na análise das variáveis relacionadas às condições de saúde, é possível observar menor proporção de boa avaliação da APS entre os hipertensos, para coordenação do cuidado, e aqueles que relataram diagnóstico de artrite, em relação à orientação familiar e comunitária. Também foi observada uma menor prevalência de boa avaliação da APS entre os indivíduos com uma ou mais condições crônicas para os atributos de coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária. Por outro lado, uma melhor avaliação da APS foi verificada entre os idosos com angina ou infarto, para orientação comunitária, e entre aqueles com duas ou mais condições crônicas, no atributo longitudinalidade (Tabela 5).

Ao se realizar ajuste pelo bloco de variáveis sociodemográficas e local de residência, observa-se uma melhor avaliação entre os idosos mais velhos e entre aqueles com maior escolaridade, para o acesso e a longitudinalidade, bem como uma melhor avaliação do acesso entre as mulheres e da longitudinalidade entre aqueles de pele não branca. Por outro lado, os residentes em Belo Horizonte, em comparação aos demais municípios da Região Metropolitana, fizeram uma pior avaliação do acesso de primeiro contato (Tabela 6).

A Tabela 7 descreve a associação ajustada dos atributos com as variáveis de comportamento e uso de serviços de saúde. Nota-se uma pior avaliação dos atributos acesso, longitudinalidade e orientação comunitária entre os idosos que realizaram pelo menos uma consulta médica no último ano, e também uma pior avaliação da orientação familiar entre aqueles com comportamento sedentário e que haviam medido a pressão arterial e a glicemia nos últimos dois anos.

Em relação à associação entre os atributos avaliados e as condições de saúde (Tabela 8), os indivíduos hipertensos apresentam uma pior avaliação da coordenação do cuidado e os idosos com diagnóstico de artrite apresentam pior avaliação para orientação familiar e orientação comunitária. Por outro lado, o relato de angina ou infarto leva a uma melhor avaliação para orientação comunitária. Em relação ao número de condições crônicas, a existência de uma ou duas ou mais apresentou associação significativa e independente com uma pior avaliação da coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária.

Tabela 1 - Características da população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	Proporção
Faixa etária (anos)	
60-69	58,3
70-79	31,0
80 e mais	10,6
Sexo Feminino	62,0
Cor da pele não branca	58,9
Escolaridade em anos de estudo	
< 4	39,8
4-7	45,6
8 ou mais	14,7
Município de residência	
Outros	46,3
Belo Horizonte	53,7
Prática de atividade física < 3 vezes por semana	88,7
Tabagismo atual	11,4
Consumo excessivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias	16,9
Consulta médica nos últimos 12 meses	77,6
Hospitalização nos últimos 12 meses	8,8
Medida de pressão arterial nos últimos 2 anos	98,3
Medida de colesterol nos últimos 5 anos	98,5
Dosagem de glicemia nos últimos 2 anos	93,3
Doenças auto referidas:	
Hipertensão arterial	60,5
Diabetes	17,6
Angina e/ou infarto	6,1
Acidente vascular encefálico	5,2
Artrite	18,5
Depressão	8,5
Número de condições auto referidas	
0	27,7
1	39,7
2 ou mais	32,6
Percepção da saúde boa/muito boa	45,2

Tabela 2 - Atributos avaliados na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.

Atributos	Proporção de melhor avaliação (IC 95%)
Acesso de primeiro contato	73,9 (70,1-77,5)
Longitudinalidade	63,2 (59,3-66,9)
Integralidade	69,0 (65,3-72,5)
Coordenação do cuidado	76,9 (73,5-80,1)
Orientação familiar	67,1 (63,5-70,5)
Orientação comunitária	40,6 (36,8-44,5)

Tabela 3 - Associação entre cada atributo, variáveis sociodemográficas e local de residência na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Faixa etária em anos (Ref: 60-69)						
70-79	1,01 (0,91-1,11)	1,06 (0,93-1,21)	0,98 (0,87-1,10)	0,95 (0,87-1,05)	0,94 (0,83-1,07)	1,02 (0,84-1,24)
80 e mais	1,11 (0,99-1,25)	1,29 (1,13-1,47)*	1,06 (0,92-1,23)	0,96 (0,83-1,10)	0,92 (0,76-1,11)	0,92 (0,68-1,25)
Sexo Feminino (Ref: masculino)	1,09 (0,99-1,19)	1,05 (0,94-1,18)	1,04 (0,94-1,15)	0,97 (0,90-1,05)	0,93 (0,84-1,02)	0,94 (0,79-1,12)
Cor da pele não branca (Ref: branca)	1,08 (0,97-1,20)	1,16 (1,02-1,31)*	1,10 (0,98-1,23)	1,06 (0,96-1,16)	1,00 (0,90-1,12)	0,88 (0,72-1,07)
Escolaridade em anos de estudo (Ref: < 4)						
4-7	1,01 (0,91-1,12)	1,00 (0,88-1,13)	1,07 (0,95-1,20)	1,07 (0,98-1,18)	1,10 (0,98-1,23)	1,21 (0,99-1,48)
8 ou mais	1,10 (0,96-1,24)	1,15 (0,98-1,34)	1,10 (0,94-1,27)	1,12 (1,01-1,26)*	1,07 (0,90-1,27)	1,09 (0,81-1,48)
Reside em Belo Horizonte (Ref: outros municípios)	0,90 (0,81-0,99)*	1,06 (0,94-1,20)	1,03 (0,92-1,15)	0,98 (0,90-1,07)	1,05 (0,95-1,17)	1,20 (0,97-1,47)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) não ajustada.

* $p < 0,05$.

Tabela 4 - Associação entre cada atributo, variáveis de comportamento e uso de serviços de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Prática de atividade física < 3 vezes por semana (Ref: pratica 3 ou mais vezes por semana)	1,07 (0,89-1,29)	0,88 (0,75-1,03)	0,93 (0,81-1,07)	0,93 (0,83-1,03)	0,85 (0,75-0,97)	0,86 (0,65-1,15)
Tabagismo atual (Ref: nunca/ex-fumante)	0,97 (0,84-1,12)	0,89 (0,73-1,09)	1,08 (0,94-1,24)	1,02 (0,90-1,15)	1,13 (0,99-1,29)	0,98 (0,73-1,32)
Consumo excessivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias (Ref: não)	0,90 (0,77-1,05)	1,01 (0,87-1,18)	0,93 (0,80-1,07)	0,99 (0,88-1,11)	1,09 (0,96-1,23)	1,13 (0,89-1,44)
Consulta médica nos últimos 12 meses (Ref: não consultou)	0,85 (0,77-0,93)*	0,85 (0,75-0,96)*	0,99 (0,87-1,12)	0,94 (0,86-1,03)	0,96 (0,84-1,09)	0,82 (0,66-1,03)
Hospitalização nos últimos 12 meses (Ref: não foi internado)	0,98 (0,84-1,14)	1,00 (0,82-1,22)	1,06 (0,91-1,24)	1,05 (0,93-1,19)	1,05 (0,88-1,24)	0,93 (0,69-1,27)
Medida de pressão arterial nos últimos 2 anos (Ref: não)	1,00 (0,74-1,34)	0,92 (0,66-1,30)	1,31 (0,82-2,09)	0,90 (0,74-1,09)	0,77 (0,64-0,92)*	0,68 (0,45-1,04)
Medida de colesterol nos últimos 5 anos (Ref: não)	0,92 (0,71-1,18)	0,93 (0,65-1,32)	1,06 (0,72-1,57)	1,05 (0,77-1,43)	0,92 (0,67-1,28)	0,87 (0,50-1,54)
Dosagem de glicemia nos últimos 2 anos (Ref: não)	0,93 (0,80-1,07)	0,92 (0,76-1,11)	1,03 (0,85-1,26)	0,99 (0,85-1,16)	0,80 (0,71-0,90)*	0,88 (0,65-1,20)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) não ajustada.

* $p < 0,05$.

Tabela 5 - Associação entre cada atributo, variáveis de condições de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Hipertensão arterial	0,98 (0,90-1,06)	1,07 (0,95-1,20)	0,95 (0,86-1,05)	0,91 (0,84-0,98)*	0,90 (0,81-1,01)	0,85 (0,72-1,01)
Diabetes	0,92 (0,80-1,04)	1,08 (0,94-1,25)	0,96 (0,83-1,11)	0,93 (0,83-1,06)	0,86 (0,73-1,01)	0,86 (0,66-1,10)
Angina e/ou infarto	0,97 (0,80-1,16)	1,08 (0,87-1,33)	0,91 (0,73-1,14)	0,88 (0,72-1,08)	1,06 (0,87-1,29)	1,36 (1,02-1,80)*
Acidente vascular encefálico	0,87 (0,68-1,12)	0,89 (0,67-1,19)	1,05 (0,87-1,28)	1,02 (0,86-1,20)	0,78 (0,58-1,05)	0,92 (0,59-1,42)
Artrite	0,93 (0,82-1,06)	1,09 (0,94-1,26)	1,07 (0,95-1,21)	0,95 (0,85-1,06)	0,79 (0,67-0,94)*	0,72 (0,56-0,95)*
Depressão	0,97 (0,81-1,15)	1,12 (0,94-1,33)	0,97 (0,80-1,17)	0,89 (0,75-1,05)	1,12 (0,96-1,31)	1,24 (0,95-1,63)
Número de condições auto referidas (Ref: nenhuma)						
1	1,01 (0,91-1,13)	1,00 (0,86-1,16)	0,91 (0,80-1,03)	0,91 (0,83-0,99)*	0,85 (0,75-0,95)*	0,80 (0,64-0,99)*
2 ou mais	0,93 (0,82-1,05)	1,16 (1,00-1,33)*	0,96 (0,85-1,10)	0,87 (0,79-0,97)*	0,83 (0,73-0,94)*	0,84 (0,67-1,04)
Percepção da saúde boa/muito boa (Ref: razoável/ruim/muito ruim)	1,05 (0,95-1,15)	0,93 (0,83-1,04)	0,95 (0,86-1,06)	1,03 (0,94-1,12)	1,04 (0,94-1,15)	0,97 (0,81-1,16)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) não ajustada.

* $p < 0,05$.

Tabela 6 - Associação entre cada atributo, variáveis sociodemográficas e local de residência na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010, ajustada pelas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Faixa etária em anos (Ref: 60-69)						
70-79	1,04 (0,95-1,15)	1,09 (0,95-1,25)	1,00 (0,89-1,13)	0,98 (0,89-1,08)	0,95 (0,84-1,08)	1,03 (0,84-1,27)
80 e mais	1,13 (1,00-1,27)*	1,32 (1,16-1,52)*	1,08 (0,93-1,27)	0,98 (0,85-1,13)	0,94 (0,78-1,14)	0,97 (0,71-1,33)
Sexo Feminino (Ref: masculino)	1,09 (1,00-1,19)*	1,05 (0,94-1,17)	1,04 (0,94-1,15)	0,98 (0,91-1,06)	0,93 (0,84-1,03)	0,96 (0,81-1,14)
Cor da pele não branca (Ref: branca)	1,07 (0,96-1,19)	1,15 (1,02-1,30)*	1,11 (0,99-1,23)	1,07 (0,98-1,17)	1,02 (0,92-1,14)	0,91 (0,75-1,11)
Escolaridade em anos de estudo (Ref: < 4)						
4-7	1,06 (0,96-1,17)	1,06 (0,93-1,20)	1,09 (0,97-1,23)	1,08 (0,98-1,19)	1,08 (0,95-1,21)	1,17 (0,95-1,44)
8 ou mais	1,18 (1,04-1,33)*	1,24 (1,05-1,46)*	1,12 (0,96-1,32)	1,12 (0,99-1,27)	1,03 (0,86-1,22)	1,04 (0,75-1,44)
Reside em Belo Horizonte (Ref: outros municípios)	0,89 (0,80-0,98)*	1,05 (0,93-1,19)	1,02 (0,92-1,14)	0,97 (0,89-1,06)	1,05 (0,94-1,17)	1,17 (0,95-1,45)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) ajustada pelas variáveis listadas na tabela.

* p<0,05.

Tabela 7 - Associação entre cada atributo e variáveis de comportamento e uso de serviços de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010, ajustada pelas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Prática de atividade física < 3 vezes por semana (Ref: pratica 3 ou mais vezes por semana)	1,05 (0,87-1,27)	0,87 (0,74-1,02)	0,93 (0,82-1,07)	0,94 (0,84-1,05)	0,88 (0,77-0,99)*	0,89 (0,66-1,19)
Tabagismo atual (Ref: nunca/ex-fumante)	0,98 (0,86-1,15)	0,94 (0,77-1,14)	1,10 (0,95-1,27)	1,01 (0,89-1,14)	1,10 (0,96-1,26)	0,96 (0,72-1,29)
Consumo excessivo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias (Ref: não)	0,93 (0,79-1,09)	1,06 (0,90-1,24)	0,93 (0,80-1,08)	0,96 (0,86-1,08)	1,05 (0,92-1,19)	1,10 (0,85-1,43)
Consulta médica nos últimos 12 meses (Ref: não consultou)	0,86 (0,78-0,94)*	0,84 (0,75-0,95)*	0,99 (0,88-1,12)	0,95 (0,87-1,04)	0,95 (0,84-1,08)	0,80 (0,64-0,99)*
Hospitalização nos últimos 12 meses (Ref: não foi internado)	0,98 (0,84-1,15)	0,99 (0,81-1,20)	1,05 (0,90-1,24)	1,05 (0,92-1,20)	1,04 (0,87-1,24)	0,96 (0,70-1,30)
Medida de pressão arterial nos últimos 2 anos (Ref: não)	1,02 (0,76-1,36)	0,95 (0,68-1,34)	1,34 (0,85-2,11)	0,90 (0,74-1,09)	0,76 (0,63-0,92)*	0,66 (0,43-1,03)
Medida de colesterol nos últimos 5 anos (Ref: não)	0,92 (0,71-1,19)	0,93 (0,64-1,37)	1,06 (0,71-1,57)	1,05 (0,78-1,41)	0,93 (0,68-1,27)	0,86 (0,48-1,56)
Dosagem de glicemia nos últimos 2 anos (Ref: não)	0,93 (0,80-1,08)	0,90 (0,74-1,09)	1,02 (0,85-1,24)	1,00 (0,86-1,17)	0,79 (0,70-0,90)*	0,84 (0,62-1,16)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) ajustada por faixa etária, sexo, escolaridade e município de residência.

* p<0,05.

Tabela 8 - Associação entre cada atributo, variáveis de condições de saúde na população idosa usuária exclusiva do Sistema Único de Saúde, residente na Região metropolitana de Belo Horizonte, 2010, ajustada pelas variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Acesso de primeiro contato	Longitudinalidade	Integralidade	Coordenação do cuidado	Orientação familiar	Orientação comunitária
Hipertensão arterial	0,97 (0,89-1,05)	1,04 (0,93-1,17)	0,94 (0,85-1,04)	0,91 (0,84-0,99)*	0,91 (0,82-1,01)	0,86 (0,73-1,02)
Diabetes	0,93 (0,82-1,05)	1,10 (0,95-1,26)	0,97 (0,85-1,12)	0,95 (0,84-1,07)	0,87 (0,74-1,02)	0,85 (0,66-1,10)
Angina e/ou infarto	0,96 (0,80-1,15)	1,05 (0,86-1,28)	0,92 (0,74-1,14)	0,89 (0,73-1,10)	1,08 (0,89-1,31)	1,42 (1,07-1,90)*
Acidente vascular encefálico	0,89 (0,70-1,13)	0,90 (0,67-1,20)	1,07 (0,87-1,32)	1,04 (0,87-1,23)	0,79 (0,58-1,06)	0,93 (0,61-1,44)
Artrite	0,89 (0,78-1,02)	1,05 (0,91-1,21)	1,05 (0,93-1,19)	0,95 (0,85-1,06)	0,80 (0,67-0,95)*	0,75 (0,57-0,97)*
Depressão	0,95 (0,80-1,14)	1,10 (0,92-1,31)	0,96 (0,80-1,16)	0,89 (0,76-1,05)	1,14 (0,98-1,33)	1,26 (0,97-1,64)
Número de condições auto referidas (Ref: nenhuma)						
1	1,00 (0,91-1,11)	0,98 (0,85-1,13)	0,91 (0,80-1,02)	0,91 (0,84-1,00)*	0,85 (0,76-0,96)*	0,80 (0,64-0,99)*
2 ou mais	0,90 (0,80-1,02)	1,12 (0,97-1,29)	0,95 (0,84-1,08)	0,88 (0,79-0,98)*	0,84 (0,74-0,95)*	0,86 (0,69-1,07)
Percepção da saúde boa/muito boa (Ref: razoável/ruim/muito ruim)	1,07 (0,97-1,18)	0,95 (0,85-1,06)	0,95 (0,85-1,05)	1,01 (0,93-1,10)	1,01 (0,91-1,13)	0,93 (0,77-1,12)

Valores expressos em razão de prevalência (Intervalo de confiança 95%) ajustada por faixa etária, sexo, escolaridade e município de residência.

* $p < 0,05$.

6 Discussão

Os resultados do presente estudo mostraram que a avaliação da APS na perspectiva do idoso foi melhor nos atributos coordenação do cuidado, acesso de primeiro contato e integralidade, com prevalências de melhor avaliação de 76,9%, 73,9% e 69,0%, respectivamente. Houve uma pior avaliação no atributo de orientação comunitária, com prevalência de melhor avaliação igual a 40,6%. Os resultados de outro estudo de avaliação da APS no município de Belo Horizonte corroboram esses achados (TURCI et al, 2015). Os autores utilizaram os questionários de gestores e profissionais de saúde para avaliar os atributos da APS na perspectiva de gerentes e enfermeiros de centros de saúde do município, e também encontraram o menor escore na avaliação da orientação comunitária. Assim como no presente estudo, os atributos de longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado também foram bem avaliados. Por outro lado, ao contrário do que se viu no presente estudo, gerentes e enfermeiros também não avaliaram bem os atributos de acesso de primeiro contato e orientação familiar. As semelhanças entre os resultados desses estudos mostram que é possível que algumas características peculiares ao processo de trabalho adotado pelos serviços de APS da região metropolitana de Belo Horizonte podem ser responsáveis por tal avaliação dos atributos da APS, em particular a pior avaliação da orientação comunitária, que foi consistente entre os idosos avaliados e entre os gerentes e enfermeiros do serviço.

Em relação aos fatores associados, após o ajustamento pelos fatores de confusão considerados, uma melhor avaliação do acesso de primeiro contato e de longitudinalidade foi observada entre idosos mais velhos e entre aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade. A associação entre maior escolaridade e uma melhor avaliação da APS também foi vista em outros estudos (KERT et al, 2015). Um inquérito de representação nacional realizado na Alemanha encontrou uma associação entre o letramento em saúde, entendendo tal conceito como a capacidade de um paciente obter, compreender e comunicar informações básicas em saúde, e uma melhor avaliação do cuidado recebido na APS durante o último ano (ALTIN & STOCK, 2015). Com relação à melhor avaliação da APS entre os indivíduos mais velhos, alguns estudos encontraram resultados na mesma direção daqueles

observados entre idosos da RMBH (SHI et al, 2013; KURPAS et al, 2013), mas parece não haver um consenso na literatura quanto ao impacto da idade na avaliação dos serviços de APS. Um exemplo é um estudo realizado em Macaíba (RN), no qual observou-se uma pior avaliação da integralidade, acessibilidade e orientação familiar entre idosos com 80 anos ou mais (ARAÚJO et al, 2014). Nesse estudo, houve ainda uma associação negativa entre a avaliação da APS e a residência em zonas rurais do município, o que pode explicar a diferença encontrada. Além disso, os autores argumentam que o horário de funcionamento das unidades básicas de saúde do município de Macaíba, de 7 às 17 horas de segunda-feira a quinta-feira e até o meio dia nas sextas-feiras, pode ter contribuído para a avaliação negativa, especialmente para a acessibilidade. Portanto, o conhecimento da organização do serviço pode explicar os resultados obtidos e deve ser sempre considerado na interpretação dos dados sobre a qualidade da APS.

A prevalência de melhor avaliação do acesso de primeiro contato foi maior entre as mulheres do que entre os homens e a longitudinalidade foi melhor avaliada pelos idosos de cor da pele não branca. Embora esses resultados não sejam suficientes para tecer conclusões concretas, uma possível extrapolação seria a de eles mostram que os serviços de saúde avaliados no presente estudo podem estar sendo capazes de promover a equidade, o que é uma premissa dos serviços de APS passível de ser alcançada, como demonstra estudo realizado nos Estados Unidos entre 1980 e 1995 (SHI et al, 2003).

Quando se analisa o local de residência, nota-se que os idosos residentes em Belo Horizonte fazem uma pior avaliação do acesso de primeiro contato se comparados aos idosos residentes nos outros municípios da região metropolitana. Os resultados de outro estudo de avaliação da APS no município de Belo Horizonte apontam na mesma direção, mostrando que o acesso também recebe uma avaliação ruim na perspectiva de gerentes e enfermeiros dos centros de saúde (TURCI et al, 2015). Isso mostra que é mesmo plausível que esse atributo da APS não esteja adequadamente presente em Belo Horizonte, considerando a mesma percepção obtida pelos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

A análise dos resultados relativos ao bloco de variáveis de comportamentos em saúde e uso de serviços de saúde mostra que os pacientes que tiveram uma

consulta médica nos últimos 12 meses fizeram uma pior avaliação de três dos seis atributos da APS (acesso de primeiro contato, longitudinalidade e orientação comunitária). Também é possível observar que o atributo orientação familiar teve uma associação negativa com três das oito variáveis do bloco (prática de atividade física < 3 vezes por semana, aferição de pressão arterial no últimos 2 anos e dosagem de glicemia nos últimos 2 anos). Ao contrário do que se viu no presente estudo, os resultados de estudos com pacientes de diferentes países mostraram que os indivíduos que avaliam melhor o acesso, a longitudinalidade e a capacidade de comunicação do profissional de saúde tem mais propensão a buscar o serviço de APS diante de uma necessidade (VAN LOENEN et al, 2015). Da mesma forma, outro estudo realizado na Eslovênia, que analisou a relação entre a avaliação da qualidade do acesso ao serviço de saúde e fatores sociodemográficos, mostrou que os pacientes com maior número de visitas à unidade de saúde tem uma melhor avaliação do acesso (KERT et al, 2015). Na mesma direção, a aferição do peso, da pressão arterial e a dosagem de colesterol no último ano tiveram uma correlação positiva com a satisfação com o serviço de APS entre pacientes da Estônia, Lituânia, Finlândia, Hungria, Itália, Espanha e Alemanha (SÁNCHEZ-PIEDRA et al, 2014), de forma oposta ao observado entre idosos da RMBH.

Quanto à prática de atividade física, é possível que a melhor avaliação do atributo orientação familiar entre aqueles que praticam atividade física 3 ou mais vezes por semana seja um reflexo de ações realizadas pela própria equipe de Saúde da Família. Nesse sentido, um ensaio clínico realizado em uma região do município de São Paulo (SP) demonstrou que o treinamento de agentes comunitários de saúde para o aconselhamento sobre a prática de atividades físicas foi capaz de mudar a atitude desses profissionais com relação à abordagem do tema em suas visitas domiciliares (FLORINDO et al, 2014). Na mesma direção, estudo transversal realizado em centros de saúde de Belo Horizonte encontrou uma associação entre o recebimento de aconselhamento sobre atividades físicas e a presença de doenças crônicas, uso de medicamentos e participação no programa Academia da Saúde (LOPES et al, 2014). Revisão sistemática de estudos sobre intervenções comunitárias voltadas à prática de atividade física no contexto da APS mostrou que a abordagem comunitária pode ser mais efetiva do que a abordagem individual quando o objetivo são ações de promoção da saúde (MARCH et al,

2015). Dessa forma, é possível que o predomínio de uma pior avaliação da APS entre os indivíduos que buscaram o serviço de saúde para consultas e medidas de pressão arterial e glicose, de forma oposta ao observado em outras populações, esteja ligado a uma maior carga de doença na população analisada, o que é esperado, uma vez que se trata de uma população de idosos.

No presente estudo predominou uma associação entre condições crônicas de saúde e uma pior avaliação do desempenho da APS, para os atributos coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária. O atributo de coordenação do cuidado foi pior avaliado pelos idosos portadores de hipertensão arterial e por aqueles com uma ou mais condições auto referidas. O atributo de orientação familiar foi pior avaliado pelos idosos com artrite e também por aqueles com uma ou mais condições auto referidas. Já o atributo de orientação comunitária foi pior avaliado pelos idosos com artrite e com uma condição auto referida. A exceção foi a melhor avaliação do atributo de orientação comunitária pelos idosos portadores de doença coronariana. Não houve associação das condições avaliadas com os atributos de acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade.

Esse predomínio de uma pior avaliação da APS na perspectiva de pacientes portadores de condições crônicas de saúde também se faz presente em outras populações (ALTER et al, 2003; MacLEAN et al, 2000; SHADMI et al, 2006). Por outro lado, estudo realizado nos Estados Unidos com mulheres que haviam sido tratadas por câncer de mama, mostrou uma melhor avaliação do serviço de saúde que as acompanhava caso esse serviço fosse um serviço de APS (CHRISTIAN et al, 2015). Reforçando esses resultados contrastantes, um estudo realizado nas cidades de Shenzhen e Shanghai, na China, que avaliou os atributos da APS a partir da perspectiva de pacientes hipertensos, encontrou que é possível que alguns atributos sejam bem avaliados enquanto outros recebam uma avaliação ruim (LI et al, 2015). Nesse caso, em ambas cidades, o acesso e a coordenação de cuidados foram bem avaliados, enquanto que a integralidade e a longitudinalidade não o foram. O estudo encontrou ainda diferenças significativas entre as cidades, mostrando o quanto as características locais podem implicar nos resultados de avaliações da qualidade de serviços de APS. Além disso, estudos que avaliaram a qualidade do cuidado com base em indicadores de processo (por exemplo, a prescrição de medicamentos em conformidade com o necessário para as condições

de saúde do paciente) e não com base na perspectiva do paciente, encontraram uma melhor qualidade do cuidado entre idosos com múltiplas condições crônicas (MIN et al, 2005; MIN et al, 2007). Portanto, fica claro mais uma vez a necessidade de interpretar os resultados com base no contexto do serviço que está sendo avaliado.

Os resultados do presente estudo mostram uma associação positiva entre a presença de doença coronariana (angina e/ou infarto) e a avaliação da orientação comunitária. Na revisão da literatura realizada não foram identificados estudos que tenham encontrado associação semelhante ou mesmo que tenham avaliado hipóteses relacionadas diretamente a essas duas variáveis (doença coronariana e o atributo orientação comunitária). Entretanto, um programa assistencial local voltado ao cuidado de pacientes cardiopatas talvez tenha relação com o resultado encontrado. Os resultados de uma meta-análise recente mostram que intervenções organizacionais em APS voltadas à prevenção secundária na doença coronariana podem reduzir tanto a mortalidade relacionada a doenças cardiovasculares como a mortalidade por todas as causas (MURPHY et al, 2015). Um dos estudos incluídos nessa meta-análise, um ensaio clínico realizado na Suécia que avaliou o impacto de atividades educacionais voltadas a profissionais da APS sobre a mortalidade em pacientes com doença coronariana (KIESSLING et al, 2011), é particularmente semelhante às atividades que tem sido desenvolvidas na APS na região metropolitana de Belo Horizonte. O programa assistencial em questão, que é uma das ações da Rede de Teleassistência de Minas Gerais, oferece teleconsultoria a profissionais de saúde da APS no estado (MARCOLINO et al, 2015). A hipótese é de que tal ação possa ter sido interpretada por alguns pacientes cientes do programa como algo relacionado à orientação comunitária.

Além disso, como evidenciado no estudo desenvolvido na China (LI et al, 2015), em uma mesma população a avaliação dos atributos pode ter importantes variações, dependendo de características da população e da estrutura do serviço.

As comparações citadas aqui devem ser analisadas com cautela, devendo levar em consideração diferenças substanciais que podem haver na metodologia utilizada para avaliar a APS, na organização dos sistemas de saúde em cada país/região e nas características sociodemográficas das populações investigadas. Claramente não há nos estudos a definição de um instrumento padrão para a

avaliação da qualidade da APS (SCHÄFER et al, 2013), sendo que cada estudo costuma adotar sua própria maneira de aferir a qualidade. É possível notar, entretanto, que são comuns os conceitos empregados para a definição dos instrumentos de avaliação utilizados, de maneira que invariavelmente fazem referência aos atributos da APS.

As diferentes características dos sistemas de saúde também podem dificultar as comparações. Na maioria dos países europeus há um sistema de saúde público de cobertura universal e o setor privado, quando existente, fica restrito a uma parcela muito pequena dos serviços (PAVLIC et al, 2015; PAPP et al, 2014). No presente estudo, para que fosse possível avaliar apropriadamente a APS entre os usuários do SUS entendeu-se ser necessário não incluir os pacientes que possuíam plano privado de saúde. Além disso, boa parte dos estudos não avaliou exclusivamente a população idosa, como feito no presente estudo.

Uma limitação dessa pesquisa é sua natureza transversal, que não permite avaliar a relação temporal entre as variáveis pesquisadas. Outro aspecto é o método utilizado para avaliar a presença dos atributos da APS, que consistiu de uma única pergunta para cada um dos atributos, opção adotada em função do questionário utilizado para a coleta de dados. Tal questionário possui algumas perguntas que derivam de itens do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCA-Tool Brasil), que no Brasil tem sido uma das ferramentas mais utilizadas em estudos que se propõe avaliar serviços de APS (FRACOLLI et al, 2014). No entanto, vê-se que os estudos se utilizam de diversas formas para avaliar a APS, não havendo predomínio de um instrumento específico (SCHÄFER et al, 2013).

Nesse sentido, considera-se que a metodologia utilizada no presente estudo foi capaz de caracterizar o serviço de APS de forma adequada. Além disso, é um estudo de base populacional, realizado em uma amostra representativa da população idosa de uma grande região metropolitana brasileira, podendo contribuir para o conhecimento da avaliação da APS nesse contexto.

Finalmente, o presente estudo também não tem como objetivo identificar variações na avaliação da qualidade da APS que podem ser devidas a diferenças entre os profissionais de saúde em um mesmo centro de saúde. Evidências apontam que podem haver diferenças significativas na avaliação da APS na perspectiva dos pacientes que são devidas a fatores ligados às características individuais dos

profissionais de saúde. Inquérito realizado entre 7721 pacientes de centros de saúde na Inglaterra encontrou que a variação em escores de qualidade da APS foi maior entre os médicos do que entre os centros de saúde (ROBERTS et al, 2014). Reforça esse achado outro estudo que comparou os serviços de APS em 34 países diferentes e também chegou à conclusão de que a maior parte da variação na avaliação da qualidade da APS entre os países estudados é devida a características do profissional de saúde (PAVLIC et al, 2015).

7 Conclusão

Os resultados do presente estudo permitem concluir que há uma boa avaliação dos serviços de APS pelos idosos residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, com exceção do atributo de orientação comunitária. Não é possível estabelecer um padrão consistente para as associações pesquisadas, mas parece que, de maneira geral, o maior uso do serviço (curativo ou preventivo) e o relato de condições crônicas leva a uma pior avaliação da qualidade da APS, sobretudo em relação à coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária. Chama atenção ainda, que os idosos mais velhos e com maior escolaridade apresentaram uma melhor avaliação para acesso e longitudinalidade. Esses resultados podem refletir a percepção dos idosos entrevistados sobre a estruturação dos serviços de saúde da RMBH, podendo servir de subsídios para a identificação dos grupos que merecem maior atenção dos serviços e para a implementação de políticas de melhoria da qualidade da APS, objetivando um desempenho mais adequado, principalmente, dos atributos que apresentaram pior avaliação.

8 Considerações finais

Pode-se considerar que o presente trabalho alcançou seu objetivo de avaliar a presença dos atributos da APS e de fatores a eles associados na perspectiva da população idosa atendida na região metropolitana de Belo Horizonte. Os resultados refletem um bom retrato dos serviços de APS em questão, predominando uma boa avaliação da maioria dos atributos da APS. Trata-se de um estudo de relevância, em especial para as gestões municipais, pois análises semelhantes não são amplamente disponíveis na literatura. De acordo com a pertinência em cada município, os gestores podem se utilizar do estudo para embasar ações de reavaliação do processo de trabalho em seus serviços de APS. Alguns resultados, como a associação de uma pior avaliação da coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária, não encontram uma explicação robusta na literatura. Seria interessante que se desenvolvessem estudos buscando compreender tais questões especificamente, considerando a forma de organização dos serviços. Por fim, é importante ressaltar que a população mais velha, as mulheres e aqueles de pele não branca fazem uma melhor avaliação de alguns atributos da APS, o que pode indicar que os serviços da região metropolitana de Belo Horizonte cumprem o papel fundamental de promover equidade.

Referências

ALTER David et al. Processes and Outcomes of Care for Diabetic Acute Myocardial Infarction Patients in Ontario. **Diabetes Care** 2003; 26:1427-34.

ALTIN Sibel Vildan, STOCK Stephanie. Impact of health literacy, accessibility and coordination of care on patient's satisfaction with primary care in Germany. **BMC Family Practice** 2015; 16:148.

ARAÚJO Lavínia et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva** 2014; 19(8); 3521-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Ministério da Saúde; 2010. 146 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 160 p.

CALDERÓN-LARRAÑAGA et al. Does higher quality of primary healthcare reduce hospital admissions for diabetes complications? A national observational study. **Diabet Med** 2014; 31: 657–665.

CAMARANO Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. IPEA. Rio de Janeiro. 2002.

CAMPBELL Stephen et al. Defining quality of care. **Social Science & Medicine** 2000; 51; 1611-25.

CAMPOS Carlos Eduardo Aguilera. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com** 2006; 2(6):131-47.

CHRISTIAN Allison et al. Perceptions of Primary Care Among Breast Cancer Survivors: The Effects of Weight Status. **Health Serv Res Manag Epidemiol** 2015; 2:1-16.

DONABEDIAN Avedis. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA** 1988; 260(12):1743-48.

FLORINDO Alex et al. Physical activity promotion in primary health care in Brazil: a counseling model applied to community health workers. **J Phys Act Health** 2014; 11(8): 1531-9.

FRACOLLI Lislaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva** 2014; 19(12):4852-60.

HARMAN Jeffrey et al. The Influence of Comorbid Chronic Medical Conditions on the Adequacy of Depression Care for Older Americans. **J Am Geriatr Soc** 2005; 53:2178-83.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde: Ciclos de Vida**. Rio de Janeiro. 2013.

KERT Suzana et al. A cross-sectional study of socio-demographic factors associated with patient access to primary care in Slovenia. **Int J Equity in Health** 2015; 14:39

KIESSLING Anna, LEWITT Moira, HENRIKSSON Peter. Case-Based Training of Evidence-Based Clinical Practice in Primary Care and Decreased Mortality in Patients with Coronary Heart Disease. **Ann Fam Med** 2011; 9(3): 211–218.

KURPAS Donata et al. The Quality of Primary Health Care for Chronically Ill Patients – a Cross-Sectional Study. **Adv Clin Exp Med** 2013; 22(4); 501-11.

LI Haitao et al. A Cross-Sectional Comparison of Perceived Quality of Primary Care by Hypertensive Patients in Shanghai and Shenzhen, China. **Medicine** 2015; 94(34):e1388.

LIMA-COSTA Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & Saúde Coletiva** 2011; 16(9); 3689-96.

LOPES Aline Cristine et al. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiol. Serv. Saúde** 2014; 23(3): 305-16.

MACINKO James, STARFIELD Barbara, SHI Leiyu. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation

and Development (OECD) Countries, 1970–1998. **Health Services Research** 2003; 38(3):831-65

MACINKO James et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. **Am J Public Health** 2011; 101:1963-70

MACINKO James, HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy – Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **N Engl J Med** 2015; 372(23):2177-80.

MacLEAN Catherine et al. Quality of Care for Patients with Rheumatoid Arthritis. **JAMA** 2000; 284:984-92.

MARCH Sebastia et al. Adult community health-promoting interventions in primary health care: A systematic review. **Prev Med** 2015; 76 Suppl: S94-104.

MARCOLINO Milena et al. Teleconsultations to Provide Support for Primary Care Practitioners and Improve Quality of care--the Experience of a Large Scale Telehealth Service in Brazil. **Stud Health Technol Inform** 2015; 216:987.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** 2011; 18(4): 1131-49.

MIN Lillian et al. Predictors of Overall Quality of Care Provided to Vulnerable Older People. **J Am Geriatr Soc** 2005; 53:1705-11.

MIN Lillian et al. Multimorbidity is Associated with Better Quality of Care Among Vulnerable Elders. **Med Care** 2007; 45: 480-88.

MURPHY Edel et al. Primary care organisational interventions for secondary prevention of ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. **Br J Gen Pract** 2015; 65(636):e460-8.

NOVAES Hillegonda. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(5):547-59.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978**. Alma Ata (URSS); 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active ageing: a policy framework**. Genebra 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. World Health Organization Report; **2008–2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Genebra 2008.

PAIM Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges.

The Lancet 2011; 377:1778-97

PAPP Renata et al. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC Family Practice** 2014; 15:128

PAVLIC Danica R et al. Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. **BMC Family Practice** 2015; 16:172

ROBERTS Martin J et al. Understanding high and low patient experience scores in primary care: analysis of patients' survey data for general practices and individual doctors. **BMJ** 2014; 394:g6898.

RODRIGUES Maria Aparecida et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Rev Saúde Pública** 2009; 43(4):604-12

SÁNCHEZ-PIEDRA Carlos A et al. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. **Qual Prim Care** 2014; 22:147-55

SCHÄFER Willemijn et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. **Quality in Primary Care** 2013; 21:67-79

SHADMI Efrat et al. Morbidity and Older Persons' Perceptions of the Quality of their Primary Care. **J Am Geriatr Soc** 2006; 54:330-34.

STARFIELD Barbara. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. **Primary Health Care Research & Development** 2011; 12:1-2

STARFIELD Barbara et al. Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly. **Ann Fam Med** 2005; 3:215-222

STARFIELD Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

SHI Leiyu et al. Primary Care, Self-rated Health, and Reductions in Social Disparities in Health. **Health Services Research** 2002; 37(3): 529-50.

SHI Leiyu et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. **J Am Board Fam Pract** 2003; 16(5):412-22.

SHI Leiyu et al. The Quality of Primary Care Experienced by Health Center Patients. **J Am Board Fam Med** 2013; 26:768-77.

SHI Leiyu et al. Racial and Socioeconomic Disparities in Access to Primary Care Among People with Chronic Conditions. **J Am Board Fam Med** 2014; 27: 189-98.

TURCI Maria, LIMA-COSTA Maria Fernanda, MACINKO James. Influência de fatores

estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** 2015; 31(9):1941-52.

VAN LOENEN Tessa et al. Propensity to seek healthcare in different healthcare systems analysis of patient data in 34 countries. **BMC Health Serv Res** 2015; 15:465.

VOGELI Christine et al. Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs. **J Gen Intern Med** 2007; 22(Suppl 3):391–5