



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Pereira D'Avila, Otávio; da Silva Pinto, Luiz Felipe; Hauser, Lisiane; Rodrigues
Gonçalves, Marcelo; Harzheim, Erno

O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de
atualização

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 3, marzo, 2017, pp. 855-865
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050018019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização

The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT):
an integrative review and proposed update

Otávio Pereira D'Avila ¹

Luiz Felipe da Silva Pinto ²

Lisiane Hauser ¹

Marcelo Rodrigues Gonçalves ¹

Erno Harzheim ¹

Abstract This study proposes an integrative review of the literature based on articles and publications on the use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT) as a tool for evaluating these services, discussing the results found in Brazil and in other countries of the world, from the initial matrix conceived by Professor Barbara Starfield's team and proposing updates for the Brazilian version. We identified 124 studies, of which 42 were selected after full reading and according to the established inclusion criteria. Of this subtotal, 17 (40.5%) were Brazilian studies. There is a need to update items of each tool's attribute, in particular "access – first contact", including new forms of doctor-patient communication such as: email, mobile application messages, use of videoconference software for communication and even use of telemedicine, among others. PCAT's use, application and calculation of scores is simple, which makes it useful and suitable for use in the local management of services, especially in its short version.

Key words Primary Health Care, Health evaluation, Health care, Health services, Outcome assessment

Resumo Este estudo propõe a realização de uma revisão integrativa da literatura a partir de artigos e publicações sobre o uso do "Primary Care Assessment Tool (PCAT)" como instrumento de avaliação desses serviços, discutindo os resultados encontrados no Brasil e em outros países do mundo, a partir da matriz inicial concebida pela equipe da Professora Bárbara Starfield e propor atualizações para a versão brasileira. Identificaram-se 124 trabalhos; porém, após a leitura dos mesmos, foram selecionados 42, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Deste subtotal, 17 (40,5%) foram estudos brasileiros. Sugere-se a necessidade da atualização de itens de cada atributo do instrumento, em particular do "acesso – primeiro contato", incluindo novas formas de comunicação médico-paciente como: e-mail, mensagens por aplicativos em dispositivos móveis, uso de software de transmissão de vídeo para comunicação e mesmo utilização de telemedicina, entre outros. O PCAT apresenta simplicidade quanto ao uso, aplicação e cálculo dos escores, o que o torna útil e adequado para uso na gestão local dos serviços, especialmente em suas versões reduzidas em número de itens.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Assistência à saúde, Serviços de saúde, Avaliação de resultados

¹ Projeto Telessauders, Fundação de Apoio à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. R. Dona Laura 320/11º, Rio Branco, 90000-035 Porto Alegre RS Brasil. otavio.davila@telessauders.ufrgs.br

² Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, foram desenvolvidos, em vários países, instrumentos para avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde por meio da experiência de usuários, profissionais e/ou gestores no cotidiano dos serviços. Entre esses instrumentos estão o Components of Primary Care Instrument (CPCI)¹, o Primary Care Assessment Survey (PCAS)², o EUROPEP questionnaire³, o Primary Care Assessment Tool (PCAT)⁴, o Interpersonal Processes of Care (IPC-I)⁵ e o Qualicop⁶. O PCATool foi proposto e validado nos EUA por Cassady et al.⁷, liderados pela Professora Barbara Starfield, como escala psicométrica que abrange escores para todos os atributos da APS, assim como duas medidas resumo. Os autores compararam dois modelos de APS do país com amostras realizadas por entrevistas telefônicas e por email, calculando estatísticas que chamaram de “escores” para cada uma das características que formavam um grupo de itens pesquisado: (i) extensão da afiliação com um serviço de saúde, (ii) acesso de primeiro contato - utilização, (iii) acesso de primeiro contato - acessibilidade, (iv) longitudinalidade, (v) coordenação - integração de cuidados, (vi) integralidade - serviços disponíveis, (vii) integralidade - serviços prestados, (viii) orientação familiar, (ix) orientação comunitária. Inicialmente o atributo “coordenação” contemplava apenas a ótica da integração dos cuidados, deixando de lado a mensuração dos sistemas de informação. Este instrumento possui uma versão para usuários adultos e crianças, para profissionais de saúde e para gestores.

No Brasil, Harzheim et al.⁸ foram os primeiros a realizar a adaptação do PCATool – versão infantil, analisando sua validade e confiabilidade por meio de estudo transversal, na cidade de Porto Alegre, realizando tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de construto, consistência interna e análise de confiabilidade. Oliveira⁹ e Trindade¹⁰ utilizaram as mesmas bases de dados de Porto Alegre para desenvolver as avaliações comparativas entre diversos modelos de atenção à saúde e associando à qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos. De forma simultânea, em Petrópolis, cidade serrana do Estado do Rio de Janeiro, Macinko et al.¹¹ compararam unidades com equipes de saúde da família x unidades com atenção tradicional, validando uma versão para usuários adultos com pequenas diferenças na composição dos itens e na escala de resposta. Em 2010, algumas dessas versões foram

referendadas pelo Ministério da Saúde com a publicação de um Manual do referido instrumento¹². Posteriormente, uma equipe de pesquisadores, ligada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), validou as versões para usuários adultos¹³ e para profissionais¹⁴ e as curtas para adultos¹⁵ e para crianças¹⁶.

A partir de então, diversos autores brasileiros passaram a utilizar o PCATool como recurso para avaliação da Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários responsáveis por crianças, adolescentes e também usuários adultos, em municípios e cidades de diferentes portes populacionais, combinando e complementando, por vezes, com desfechos clínicos e uso de outros questionários/protocolos na área da saúde e adaptando à cultura local os itens do mesmo. Em âmbito global, pesquisadores de diversos países trabalharam na adaptação e validação de versões do PCATool adequadas aos seus contextos socio-sanitários, com crescente uso do instrumento em várias partes do mundo.

O objetivo do presente estudo é apresentar uma revisão integrativa de artigos, teses e dissertações, disponíveis na internet, sobre o uso do PCAT como instrumento de avaliação dos serviços de atenção primária à saúde na percepção dos usuários, discutindo os resultados encontrados no Brasil e nas versões adaptadas e validadas em outros países, a partir da matriz inicial concebida pela equipe da Professora Bárbara Starfield, e propor atualizações para a versão brasileira.

Metodologia

A revisão integrativa da literatura sintetiza informações em um determinado período de tempo sobre um tema específico. Sua principal vantagem em relação à revisão da bibliografia tradicional é que naquela há um método rigoroso na seleção dos artigos, com critérios de inclusão e exclusão bem definidos, período temporal, idiomas pré-estabelecidos, bases de dados bibliográficas de domínio público empregadas e, por vezes, os repositórios de livros ou teses e dissertações consultados. Sua elaboração pressupõe detalhar para o leitor todos esses critérios de escolha.

Para a revisão foram consultadas as bases de dados Pubmed, da National Library of Medicine dos Estados Unidos, Lilacs (Literatura Latino-Americanana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online),

além dos repositórios institucionais de produção científica da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), da UFRGS e da Universidade de São Paulo (USP), e, ainda, relatórios de pesquisa com amostras aleatórias de usuários, disponíveis na internet. Foram selecionados estudos publicados entre 1º de janeiro de 2000 e 1º de junho de 2016. Para a busca utilizaram-se as palavras-chave *PCATool* e associações entre *PCAT* e *Primary Care Assessment*.

A coleta resultou na identificação de 124 trabalhos sobre o tema. Porém, após a leitura dos mesmos, foram selecionados 42, de acordo com os critérios de inclusão: artigos publicados no período; idiomas inglês, português e espanhol; tipos de estudo: estudo transversal com resultados oriundos de amostras de usuários crianças ou adultos. Em uma segunda leitura, buscaram-se as publicações que relacionavam mais de um atributo da Atenção Primária à Saúde e os escores mensurados do PCAT, tanto para as características essenciais como para as derivadas, totalizando os mesmos 42 estudos. Ao final da revisão bibliográfica, os escores cujos artigos não eram apresentados em uma escala de 0 a 10, foram transformados nessa métrica, a fim de padronizar a análise dos resultados observados. Os estudos incluídos foram caracterizados segundo autor(es), país/região/cidade, público-alvo, período de coleta de dados e escores calculados do PCAT.

Resultados

O Quadro 1 apresenta a distribuição dos 42 estudos, nacionais e internacionais, todos com delineamento transversal e com os respectivos escores dos atributos, recuperados nas bases de dados ou repositórios.

Desse total, 17 (40,5%) são do Brasil, quatro do Canadá, quatro da China, três da Argentina, dois dos Estados Unidos e dois de Hong Kong. No caso da África do Sul, Colômbia, Coréia do Sul, Espanha, Japão, Paraguai, Nova Zelândia, Tailândia, Tibete e Uruguai foram identificados um estudo por país (Figura 1).

A distribuição geográfica dos trabalhos mostra concentração de estudos no continente Americano e na Ásia. O público-alvo foi composto, majoritariamente, por adultos e/ou crianças de zonas urbanas de cidades dos países de origem dos estudos. Apenas um foi realizado em cidades rurais. Do total de 42 pesquisas, 35 (83,3%)

apresentaram desenho de estudo transversal. Outros duas foram tipo antes e depois e seis foram de validação do instrumento no país ou região. Dentre os trabalhos dedicados a avaliação de serviços a partir de amostras populacionais, o estudo desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro utilizando o PCAT versão usuário¹⁷ foi aquele com a maior amostra registrada em uma única cidade do mundo, tanto para crianças ($n = 3.145$) quanto para adultos ($n = 3.530$).

Discussão

Conforme se pode observar na Figura 1, o PCAT é um instrumento de avaliação de serviços de APS utilizado em várias localidades de vários países. Para atender os objetivos de mensurar diferentes dimensões da APS em serviços de características heterogêneas foi adaptado e validado em regiões distintas, sempre atingindo propriedades psicométricas aceitáveis^{4,8,17-21}. Isso confere ao PCAT uma vantajosa característica de comparabilidade internacional.

Dentro do período observado, o Brasil foi o país que mais publicou pesquisas de avaliação de serviços utilizando o PCAT. Os estudos apresentaram como escores essenciais da APS – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integridade e coordenação do cuidado – valores de baixa amplitude que variaram entre 3,86, na cidade de Ilhéus, na Bahia, a 7,37 no município do Rio de Janeiro. Quanto ao escore geral, que inclui os atributos já descritos e orientação familiar e comunitária, observamos uma semelhante amplitude de valores: 3,66 em Ilhéus a 7,01 no Rio de Janeiro. O resultado pode estar relacionado com a opção que o município do Rio de Janeiro fez pela forte expansão dos serviços de APS, que aumentou a cobertura populacional de 3,5%, em 2008, para 70%, em 2016²². Além disso, criou um programa de residência em medicina de família e comunidade, o que aumentou a capacidade assistencial da APS do município^{17,23}.

Estudos internacionais demonstraram que, com relação aos atributos essenciais/gerais com histórico de investimento na APS, obtiveram bom desempenho: Montevidéu (7,51/6,93), Seul e região metropolitana (7,63/7,45), departamento de Santander na Colômbia (7,84/6,99), Shigats e Linzi no Tibete (7,36/7,41) e Columbia nos EUA (6,99/6,63). O primeiro estudo a analisar uma cidade na África do Sul também apresentou escores essencial e geral próximos de 6,6²⁴.

Quadro 1. Características das publicações sobre o uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT) entre usuários da atenção primária à saúde.

Nº do estudo	Autor(es)/ano	País/Região/UF	Cidade(s)	n	Público-alvo	Período de coleta de dados
01	Cassady et al. (2000) ⁷	Estados Unidos	Washington D.C.	450	crianças e adolescentes	1998/1999
02	Harzheim et al. (2010) ¹²	Brasil/ Distrito Federal	Brasília	-	-	2010
03	Berra et al. (2011) ¹⁹	Argentina/ Província de Córdoba	Córdoba	-	-	Entre junho de 2009 e junho de 2010
04	Shi et al. (2001) ⁴	Estados Unidos/ Carolina do Sul	Columbia	892	adultos	1999
05	Ibañez et al. (2006) ²⁵	Brasil/ São Paulo	62 municípios do interior de São Paulo de mais de 100 mil hab	2923	adultos e crianças	2005
06a	Harzheim et al. (2015) ¹⁷	Brasil/ Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	3.145	crianças	Entre janeiro a junho de 2014
06b	Harzheim et al. (2015) ¹⁷	Brasil/ Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	3.530	adultos	Entre janeiro a junho de 2014
07	Ferrer (2013) ²⁶	Brasil/ São Paulo	São Paulo - zona oeste	501	crianças	Entre janeiro a dezembro de 2011
08	Macinko et al. (2007) ¹¹	Brasil/ Rio de Janeiro	Petrópolis	468	adultos	Entre janeiro e fevereiro de 2004
09	Elias et al. (2006) ²⁷ .	Brasil/ São Paulo	São Paulo - total do município dividido em três estratos	1.117	adultos	não informado
10	Silva (2014) ²⁸	Brasil/ Minas Gerais	Microrregião de Alfenas (11 municípios)	527	adultos	Entre junho e julho de 2012
11	van Stralen et al. (2008) ²⁹	Brasil/Goiás, Mato Grosso do Sul	Sete municípios de Goiás e dois municípios de Mato Grosso do Sul.	623	adultos e crianças	Entre 2006 e 2007
12	Leão (2010) ³⁰ .	Brasil/ Minas Gerais	Montes Claros	350	crianças	Entre janeiro e fevereiro de 2009
13	Carvalho et al. (2013) ³¹	Brasil/ Bahia	Ilhéus	509	idosos	Entre agosto de 2010 e agosto de 2011
14	Oliveira (2012) ³²	Brasil/Paraná	Colombo, região metropolitana de Curitiba (com mais de 200 mil hab)	482	crianças	Entre junho e julho de 2012
15	Braz (2012) ³³	Brasil/Bahia	Vitória da Conquista	271	crianças	Entre janeiro a junho de 2012
16	Pieri (2013) ³⁴	Brasil/Paraná	Londrina	119	adultos	Entre 2009 e 2012.
17	Wolkers (2014) ³⁵	Brasil/Minas Gerais	Uberlândia	64	crianças	Em julho/2013
18	Mesquita Filho et al. (2014) ³⁶	Brasil/ Minas Gerais	Pouso Alegre	419	crianças	Entre janeiro e dezembro de 2009
19	Oliveira (2007) ⁹	Brasil/ Rio Grande do Sul	Porto Alegre	1184	adultos	Entre julho/2006 e agosto/2007.
20	Trindade (2007) ¹⁰	Brasil/ Rio Grande do Sul	Porto Alegre	588	adultos	Entre julho/2006 e agosto/2007.
21	Harzheim et al. (2013) ¹³	Brasil/ Rio Grande do Sul	Porto Alegre	1484	adultos do sexo feminino	Entre julho/2006 e agosto/2007.
22	Gómez et al. (2012) ³⁷	Argentina/ Província de Buenos Aires	Lunús	161	adultos	2011
23	Rodríguez-Riveros et al. (2012) ³⁸	Paraguai/ Periferia de Asunção	Asunción, zona del Bañado Sur (area urbana)	360	adultos	Entre abril e julho de 2011
24	Berterretche & Sollazzo (2012) ³⁹	Uruguai/ Província de Montevideo	Montevideo	178	adultos	Entre agosto e outubro de 2011

continua

Quadro 1. continuação

Nº do estudo	Escores médios (transformados para escala de 0 a 10)											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Ess	Ger
01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
04	-	8,52	7,57	7,35	6,53	-	7,73	3,52	6,96	3,52	6,96	6,63
05	-	8,50	5,00	7,80	4,00	4,00	5,50	5,50	4,20	3,50	5,76	5,33
06a	7,54	7,88	4,72	6,14	6,01	6,63	5,76	5,44	5,43	5,09	6,30	6,09
06b	7,05	7,96	4,19	6,27	6,57	6,63	5,00	3,99	5,08	4,74	5,93	5,73
07	-	-	4,97	4,93	6,61	6,61	6,11	6,11	4,19	4,21	5,64	5,33
08	-	8,01	3,96	8,90	7,49	7,49	7,86	7,86	5,69	5,84	7,37	7,01
09	-	7,62	4,03	7,78	7,80	7,80	8,11	8,11	2,68	3,02	7,32	6,33
10	3,67	8,59	3,21	7,26	6,10	6,41	5,22	4,92	5,69	5,88	5,64	5,67
11	-	8,58	2,74	6,98	6,13	6,13	7,09	7,09	1,73	2,26	6,39	5,41
12			5,42	8,16	6,61	6,61	5,17	7,96	4,12	4,64	6,65	6,09
13		5,84	2,83	4,95	3,56	3,56	3,13	3,13	2,07	3,87	3,86	3,66
14	5,26	6,48	3,82	4,38	6,63	5,74	5,43	5,52	4,96	3,65	5,41	5,19
15	7,40	7,20	4,80	6,90	4,03	7,43	6,10	6,03	3,43	5,97	5,30	5,07
16	-	6,33	4,95	7,60	6,35	6,35	4,33	4,33	3,68	2,15	5,75	5,12
17	7,97	6,00	4,97	7,37	3,10	6,70	2,13	5,43	3,87	0,80	5,50	4,83
18	-	-	4,70	7,80	5,00	5,00	4,25	-	4,70	5,40	5,35	5,26
19	6,07	8,75	2,69	5,87	5,01	5,01	5,69	3,56	3,46	4,98	5,33	5,11
20	6,58	8,49	2,84	6,85	4,95	4,95	5,63	4,18	4,12	4,89	5,56	5,35
21		7,44	4,64	6,74	4,43	6,06	4,79	3,77	5,59	3,55	5,41	5,22
22	-	6,40	4,80	8,10	6,00	6,00	6,00	6,00	7,20	3,60	6,19	6,01
23	-	6,80	2,60	7,60	4,80	4,80	5,80	5,80	5,00	6,80	5,46	5,56
24	-	8,00	4,80	8,60	7,40	7,40	8,20	8,20	5,20	4,60	7,51	6,93

continua

Quadro 1. continuação

Nº do estudo	Autor(es)/ano	País/Região/UF	Cidade(s)	n	Público-alvo	Período de coleta de dados
25	Berra et al. (2013) ²⁰	Argentina/ Província de Córdoba	Córdoba	296	adultos	2010
26	Rodriguez-Villamizar et al. (2013) ⁴⁰	Colômbia/ Depto de Santander	Seis municípios com perfil rural	3.011	adultos e crianças	Entre junho e outubro de 2010
27	Lee et al. (2009) ¹⁸	Coréia do Sul/ Região Metropolitana de Seul	Seul e cidades pequenas vizinhas.	722	adultos	Entre abril e junho de 2007
28	Yang et al. (2013) ⁴¹	China/ Província de Hunan	Changsha	2.532	adultos	Entre março e agosto de 2009
29	Haggerty et al. (2007) ⁴²	Canadá/ Província de Quebec	Cinco distritos de Quebec: Montreal, Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Gaspésie	3.441	adultos	Entre dezembro/2001 a outubro de 2002
30	Rocha et al. (2012) ⁴³	Espanha/ Região da Catalunha	Região da Catalunha	12.933	adultos	2006
31	Wang et al. (2015) ⁴⁴	China/ Sul da China, Região de Pearl River Delta (áreas urbanas)	Província de Guangdong (sete regiões geográficas)	3.360	adultos	Entre novembro/2010 a fevereiro de 2011
32	Wong et al. (2010) ⁴⁵	Hong Kong	Três regiões de Hong Kong	1.000	adultos	Entre novembro/2010 a fevereiro de 2011
33	Tsai et al. (2010) ⁴⁶	Taiwan	Taichung	271	adultos	Entre abril e setembro de 2008
34	Wang et al. (2014) ⁴⁷	Tibet	Regiões de Shigatse e Linzhi	1386	adultos	Entre setembro e outubro de 2013
35	Wei et al. (2015) ⁴⁸	China	Xangai	725	adultos	Entre outubro e novembro de 2011
36	Wei et al. (2015) ⁴⁸	Hong Kong	Hong Kong	391	adultos	Entre outubro e novembro de 2011
37	Tourigny et al. (2010) ⁴⁹	Canadá/ Província de Quebec	Não especificado.	1.275	adultos	Amostra do tipo antes x depois. Antes (n1): junho a setembro de 2004
38	Tourigny et al. (2010) ⁴⁹	Canadá/ Província de Quebec	Não especificado.	1046	adultos	Amostra do tipo antes x depois. Depois (n2): dezembro de 2006 a março de 2007.
39	Aoki et al. (2016) ²¹	Japão/ Região de Tóquio	Kita	204	adultos	Entre setembro e outubro de 2014
40	Carroll et al. (2016) ⁵⁰	Canadá/ Província de Ontário	Toronto	1.026	adultos	2015 (?)
41	Mei et al. (2016) ⁵¹	China / Província de Guangdong	Três cidades: Guangzhou, Dongguan, Shenzhen	1.465	adultos	Junho a agosto de 2014
42	Bresick et al. (2016) ²⁴	África do Sul/ Província de Western Cape	Seis distritos urbanos da Cidade do Cabo e quatro distritos rurais e Cidade de Wineland	1.432	adultos	2013

continua

Quadro 1. continuação

Nº do estudo	Escores médios (transformados para escala de 0 a 10)											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Ess	Ger
25	-	7,00	6,00	6,67	6,33	7,00	6,33	5,33	5,00	4,00	6,38	5,96
26	-	9,50	4,81	5,40	9,00	9,00	8,60	8,60	4,20	3,79	7,84	6,99
27	-	8,88	9,05	9,01	5,99	-	5,24	-	6,50	-	7,63	7,45
28	5,82	7,56	6,89	6,56	6,21	-	-	6,75	6,73	-	6,63	6,65
29	8,13	7,22	4,03	7,53	7,40	7,60	5,64	-	-	-	6,79	-
30	-	-	7,59	6,89	7,50	-	5,33	-	-	-	-	7,14
31	-	6,32	5,93	6,23	6,17	6,42	6,92	5,97	6,41	4,38	6,28	5,90
32	-	6,82	3,41	5,83	4,69	5,61	5,31	3,79	5,56	2,30	5,07	4,81
33	-	6,47	5,17	5,53	5,73	5,67	5,40	5,93	5,90	4,27	5,70	5,56
34	-	-	5,66	8,39	7,72	-	7,66	-	8,22	6,78	7,36	7,41
35		5,33	4,00	7,00	4,67	9,00	7,67	4,67	6,50	3,50	6,05	5,81
36		7,33	2,00	4,67	5,33	6,00	4,67	3,67	5,00	3,00	4,81	4,63
37	-	7,06	5,02	8,03	7,12	-	-	-	-	-	-	-
38	-	7,02	5,13	8,30	7,18	-	-	-	-	-	-	-
39	-	-	4,14	6,91	6,16	-	6,46	3,81	-	5,28	-	5,47
40	-	9,00	4,27	7,70	7,83	5,57	6,10	4,53			6,40	-
41	-	6,10	2,19	5,10	2,61		2,62	-	-	-	3,72	-
42	-	7,00	5,00	6,67	7,33	7,33	7,00	5,67	6,00	4,33	6,57	6,43

Legenda: A - atributo “extensão da afiliação com um serviço de saúde”, B - atributo “acesso de primeiro contato - utilização”, C - atributo - “acesso de primeiro contato - acessibilidade”, D - atributo “longitudinalidade”, E - atributo “coordenação - integração de cuidados”, F - atributo “coordenação - sistema de informações”, G - atributo “integralidade - serviços disponíveis”, H - atributo “integralidade - serviços prestados”, I - atributo “orientação familiar”, J - atributo “orientação comunitária”. Ess – “Escore dos Atributos Essenciais”, Ger – “Escore de todos os atributos mensurados”.

Fonte: Elaboração dos autores, a partir da leitura e análise das publicações.

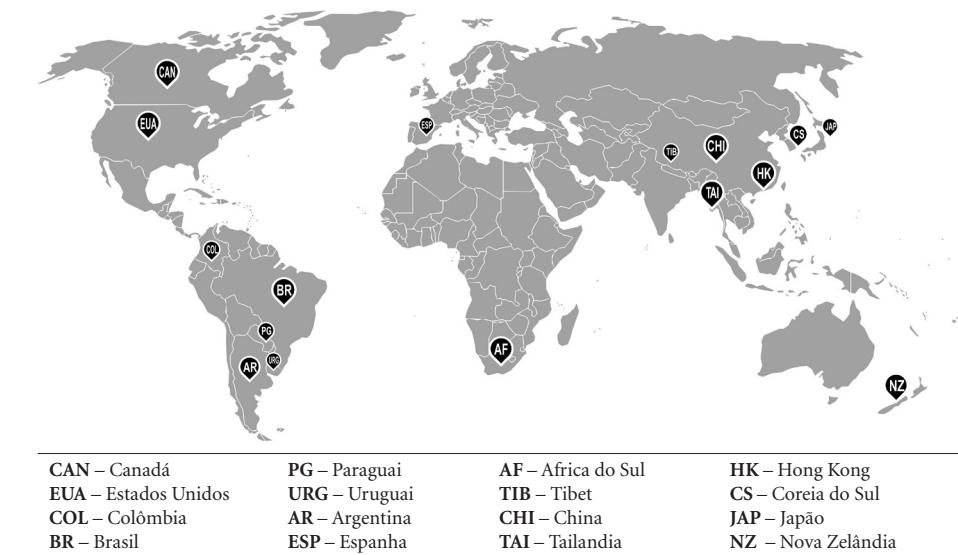


Figura 1. Mapa dos estudos PCAT (versão usuários) que foram incluídos na revisão integrativa da literatura – 2000-2016.

Fonte: Elaboração dos autores, a partir da revisão integrativa da literatura.

Apesar de serem culturalmente e organizacionalmente modelos diferentes, essas localidades, juntamente com o município do Rio de Janeiro, no Brasil, apresentaram escores que demonstram que seus serviços de saúde estão orientados para APS. Contudo, os escores permitem afirmar que os serviços acima elencados são organizados a partir de uma rede de atenção à saúde estruturada e com fluxos estabelecidos. Há uma carteira de serviços que satisfaz as necessidades da população, somado a continuidade no cuidado e acesso facilitado.

Conforme listado no Quadro 1, o estudo de Harzheim et al.¹⁷ obteve um amostra para a cidade do Rio de Janeiro, de 3.145 crianças e 3.530 adultos, totalizando 6.675 indivíduos entrevistados no trabalho de campo no primeiro semestre de 2014, com representante submunicipal para as chamadas “área de planejamento de saúde” e também para os dois tipos de unidade que ofereciam atenção primária à saúde na época. Essa foi a maior amostra já realizada em uma única cidade que a presente pesquisa localizou até o ano de 2015.

Não obstante, a grande amostra realizada permitiu, por exemplo, que os autores desse es-

tudo pudessem estratificar os resultados dos escores dos atributos em subamostras, segundo algumas variáveis complementares pesquisadas no instrumento, tais como: “áreas administrativas da cidade”, “classe social”, “tempo de implantação das equipes”, “usuários idosos – pessoas com mais de 60 anos”. Os autores encontraram escores superiores nas unidades de saúde com maior tempo de implantação de suas equipes de saúde da família (equipes de atenção primária no Brasil) e não encontraram diferenças entre as classes sociais e o subgrupo de usuários adultos com mais de 60 anos.

Alguns estudos realizados no Canadá e Espanha utilizaram parte do PCAT ou versão reduzida adaptada e validada para sua realidade^{43,49}, especialmente no domínio de “integralidade”, em que a lista de itens que o compõem é bem específica em cada país. Essa ferramenta de coleta de dados permite ao pesquisador utilizar parte do instrumento como itens específicos para utilizar como proxy para determinado desfecho, ou apenas os itens que formam as dimensões necessárias para um atributo de interesse. Além disso, versões reduzidas vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de otimizar a coleta de informações e

apontar caminhos a partir de avaliações que se permitem ser rotineiras^{32,43}.

Questões a serem incorporadas em uma próxima versão do instrumento

Após a revisão da literatura realizada e quinze anos depois de sua proposição inicial, a aplicação e a análise dos resultados observados sugerem a necessidade de atualização de itens de cada atributo do instrumento. Isto se aplica, em particular, ao atributo “Acesso de primeiro contato”, que poderia ser testado para avaliar a possibilidade de inclusão/adaptação de novos itens, como por exemplo, inclusão de novas formas de comunicação médico-paciente na forma de e-mail, mensagens por aplicativos em dispositivos móveis, uso de software de transmissão de vídeo para comunicação e mesmo utilização de telediagnóstico, entre outros. Além disso, o uso de sistemas de informação eletrônicos em substituição ao prontuário de papel trouxeram para a assistência não somente uma substituição de cunho tecnológico, mas também inúmeras possibilidades de

aperfeiçoamento da coordenação do cuidado que precisam ser incorporados em novas versões dos instrumentos. Da mesma forma, a mudança do contexto epidemiológico suscita a necessidade de incluir novos itens na dimensão Integralidade.

Considerações Finais

O PCAT permite a avaliação de serviços de saúde a partir da perspectiva do usuário, observando a extensão dos atributos da APS nos serviços avaliados. Esse instrumento tem sido utilizado em todo o mundo a partir de diferentes versões validadas para contextos locais que permitem a comparabilidade dos achados. Além disso, apresenta simplicidade quanto ao uso/aplicação e cálculo dos escores, mesmo quando há necessidade de imputação de dados¹⁶, o que o torna útil e adequado para utilização na gestão local dos serviços. Versões reduzidas do PCAT se mostraram competentes para avaliar aspectos determinados referentes aos atributos da APS e representam mais uma ferramenta importante para as gestões locais.

Colaboradores

OP D'Ávila e LFS Pinto fizeram o levantamento e leitura dos artigos de revisão e a redação do texto. L Hauser, MR Gonçalves e E Harzheim desenvolveram a estrutura de análise e revisão crítica da versão final do artigo.

Referências

1. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997; 45(1):64-74.
2. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, Ware JE. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998; 36(5):728-739.
3. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, Reis S, Ribacke M, Szecsenyi J; European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP). Patient in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 2000; 50(460):882-887.
4. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-164.
5. Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res* 2007; 42(3 Pt 1):1235-1256.
6. Schäfer WL, Boerma WG, Krings DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Svab I, Van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011; 12:115.
7. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenberg LA. Measuring consumer experiences with Primary Care. *Pediatrics* 2000; 105(4 Pt 2):998-1003.
8. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1649-1659.
9. Oliveira MMC. *Presença e extensão dos atributos da atenção primária entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
10. Trindade TG. *Associação entre a extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção primária à saúde de Porto Alegre* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
11. Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. *Health Policy Plan* 2007; 22(3):167-177.
12. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATool – Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, Trindade TG, Berra S, Duncan BB, Starfield B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):274-284.
14. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, Dunca BB, Harzheim E. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):244-255.
15. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-adulto-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):256-263.
16. Hauser L. *Aprimoramento do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil)* [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
17. Harzheim E, Hauser L, Pinto LF. *Avaliação do grau de orientação para Atenção Primária em Saúde: a experiência dos usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: UFRGS; 2015. (Relatório Final da Pesquisa PCATool -Rio-2014).
18. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(2):103-11.
19. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Mamondi V, Starfield B. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la Atención Primaria de la Salud. *Rev Argent Salud Pública* 2011; 2(8):6-14.
20. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora, V, Oliveira MMC, Starfield B, Harzheim E. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 33(1):30-39.
21. Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract* 2016; 33(1):112-117.
22. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
23. Justino ALA, Oliver LL, Melo TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1471-1480.
24. Bresick G, Sayed A, le Grange C, Bhagwan S, Manga N, Hellenberg D. Western Cape Primary Care Assessment Tool (PCAT) study: Measuring primary care organisation and performance in the Western Cape Province, South Africa (2013). *Afr J Prm Health Care Fam Med* 2016; 8(1):a1057.
25. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Foster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):683-703.
26. Ferrer APS. *Avaliação da atenção primária à saúde prestada a crianças e adolescentes na região oeste do município de São Paulo* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

27. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):633-641.
28. Silva AS. *Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
29. Van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl. 1):s148-s158.
30. Leão CDA. *Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia saúde da família em Montes Claros - Minas Gerais* [dissertação]. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros; 2010.
31. Carvalho VCHS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13:605.
32. Oliveira VBCA. *Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo – Paraná* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.
33. Braz JC. *Avaliação da atenção às crianças menores de um ano na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia, sob a ótica dos cuidadores* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012.
34. Pieri FM. *A atenção aos doentes de hanseníase no sistema de saúde de Londrina, PR* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2013.
35. Wolkers PCB. *Os cuidados primários à saúde da criança com diabetes mellitus tipo 1 em serviços públicos de saúde: percepção de mães e cuidadores* [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2014.
36. Mesquita Filho M, Luz BSR, Araújo CS. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Cien Saude Colet* 2014; 19(7):2033-2046.
37. Gómez AS, Paepe P, Conde LL, Stolkiner A. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. *Saúde em Debate* 2012; 36(94):436-448.
38. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, Sequera M, Lampert N, Giménez G, Velázquez S. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados - Bañado Sur - Paraguay, 2011. *Saúde Debate* 2012; 36(94):449-460.
39. Berterretche R, Sollazzo A. El abordaje de la Atención Primaria de Salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un centro de salud público urbano de Montevideo, Uruguay 2011. *Saúde em Debate* 2012; 36(94):461-472.
40. Rodríguez-Villamizar LA, Acosta-Ramírez N, Ruiz-Rodríguez M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Rev. Salud Pública* 2013; 15(2):167-179.
41. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Zhou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. *Int J Qual Health Care* 2013; 5(1):92-105.
42. Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigues J. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician* 2007; 53:1057.
43. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health* 2012; 22(1):14-19.
44. Wang HH, Wong SY, Wong MC, Wang JJ, Wei XL, Li DK, Tang JL, Griffiths SM. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. *QJM* 2015; 108(7):549-560.
45. Wong SY, Kung K, Griffiths SM, Carthy T, Wong MC, Lo SV, Chung VC, Goggins WB, Starfield B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* 2010; 10:397.
46. Tsai J, Shi L, Yu WL, Hung LM, Lebrun LA. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(3):402-412.
47. Wang W, Shi L, Yin A, Lai Y, Maitland E, Nicholas S. Development and Validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool. *Biomed Res Int* 2014; 2014:308739.
48. Wei X, Li H, Yang N, Wong SY, Owolabi O, Xu J, Shi L, Tang J, Li D, Griffiths SM. Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS One* 2015; 10(3):e0121269.
49. Tourigny A, Aubin M, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinhartz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Benounissa Z, Carmichael PH. Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Can Fam Physician* 2010; 56(7):e273-e282.
50. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S, Bloom J, Butt D, Kay K, Telner D. Academic family health teams: Part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician* 2016; 62(1):e23-30.
51. Mei J, Liang Y, Shi LY, Zhao JG, Wang YT, Kuang L. The development and validation of a rapid assessment tool of Primary Care in China. *BioMed Research Intern* 2016; 2016:6019603.

