

## Análise de um instrumento para monitoramento da atenção básica em saúde

Analysis of an instrument for primary health care monitoring

Análisis de un instrumento para monitoreo de la atención básica de la salud

Paulo de Tarso Puccini<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7320-2138>Ana Estela Haddad<sup>2</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-0693-9014>Fabiola Isabel Suano Souza<sup>3,4</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-3848-4752>Rejane Calixto Gonçalves<sup>5</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-5752-1101>Cássia Liberato Muniz Ribeiro<sup>6</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7845-9872>Rosana Fiorini Puccini<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7908-3774>

## Como citar:

Puccini PT, Haddad AE, Souza FI, Gonçalves RC, Ribeiro CL, Puccini RF. Análise de um instrumento para monitoramento da atenção básica em saúde. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE02036.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0020366>



## Descritores

Atenção primária à saúde; Avaliação de serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde; Acolhimento; Integralidade em saúde

## Keywords

Primary health care; Health services research; Health services accessibility; User embracement; Integrity in health

## Descriptores

Atención primaria de salud; Investigación sobre servicios de salud; Accesibilidad a los servicios de salud; Acogimiento; Integralidad en salud

## Submetido

6 de Agosto de 2021

## Aceito

10 de Dezembro de 2021

## Autor correspondente

Paulo de Tarso Puccini  
E-mail: paulopuccini@gmail.com

## Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Alexandre Pazetto Balsanelli  
(<https://orcid.org/0000-0003-3757-1061>)  
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

## Resumo

**Objetivo:** Analisar um instrumento para o monitoramento da atenção básica.

**Métodos:** Pesquisa quantitativa, descritiva e analítica, consistiu na aplicação do instrumento em 442 Unidades Básicas de Saúde - UBS do município de São Paulo, contando com a participação de gestores locais na sua elaboração; o instrumento foi composto por 47 quesitos que contemplaram indicadores de Estrutura, Processo e Resultado e foram organizados em seis blocos temáticos: I - recepção técnica acolhedora – RTA (acolhimento); II - trabalho da enfermagem; III - trabalho médico; IV - organização assistencial e integração da equipe; V - cobertura vacinal e de programas; VI - gestão e participação. Para análise estatística utilizou-se o programa SPSS 25.0.

**Resultados:** A média e a mediana de pontuação obtidas pelas 414 UBS avaliadas (total de 470 pontos possíveis) foram 356 e 380, respectivamente. Por meio de modelagem multivariada, nove quesitos de Estrutura e Processo se destacaram, quando analisados em relação aos quesitos de Resultado, apresentando associação estatística ( $p < 0,05$ ): RTA realizada em todos períodos da UBS; treinamento específico para atendimento na RTA; atuação clínica do enfermeiro; retaguarda médica sistematizada para RTA; equipe de saúde bucal completa; horário reservado para reunião da equipe; atendimento em grupo realizado sistematicamente; ações de promoção à saúde; acomodações físicas adequadas.

**Conclusão:** o instrumento apresentou capacidade para captar diferentes estágios da organização e de resultados das unidades participantes do estudo e, além de uma avaliação global, revelou questões críticas dos serviços relacionadas às mudanças pretendidas. Como ferramenta avaliativa para os serviços pode contribuir no monitoramento e no apoio à tomada de decisões tecno-gerenciais cotidianas.

## Abstract

**Objective:** To analyze an instrument for monitoring primary care.

**Methods:** Qualitative, descriptive, and analytic research that consisted in the application of the instrument in 442 Basic Health Units - PCC from São Paulo city with the participation of local managers in its elaboration; the instrument is composed of 47 aspects that contemplated indicators of Structure, Process, and Result and we organized them in six thematic blocks: I - welcoming technical reception – WTR (reception); II - nursing work; III - medical work; IV - assistance organization and team integration; V - vaccination and program coverage; VI - management and participation. For the statistical analysis, we utilized the SPSS 25.0 program.

<sup>1</sup>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Departamento de Pediatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP, Brasil.

<sup>5</sup>Secretaria Municipal de Diadema, Diadema, SP, Brasil.

<sup>6</sup>Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

**Results:** The average and median scores obtained by the 414 evaluated Primary Care Centers (total of 470 possible points) were 356 and 380, respectively. Through the multivariate modeling, nine aspects of Structure and Processes stood out, when analyzed concerning the aspects of the Result, presenting statistical association ( $p < 0.05$ ): WTR carried out in every period of Primary Care Centers; specific training for the care in WTR; nurse clinical performance; systematized medical rearguard for WTR; complete oral health team; reserved time for team meeting; group appointment carried out systematically; health promotion actions; adequate physical accommodations.

**Conclusion:** The instrument presented the capacity to capture different stages of the organization and the results of the participant units of this study, and, besides a global evaluation, it revealed critical questions of the services related to the intended changes. As an evaluative tool for the services, it may contribute to the monitoring and the support to the everyday techno-management decision making.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar un instrumento para el monitoreo de la atención básica.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y analítico, que consistió en la aplicación de un instrumento en 442 Unidades Básicas de Salud (UBS) del municipio de São Paulo y contó con la participación de administradores locales para su elaboración. El instrumento estuvo compuesto por 47 ítems que contemplaron indicadores de Estructura, Proceso y Resultado, y fueron organizados en seis bloques temáticos: I – recepción técnica acogedora RTA (acogida); II – trabajo de enfermería; III – trabajo médico; IV – organización asistencial e integración del equipo; V – cobertura de vacunación y programas; VI – gestión y participación. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 25.0.

**Resultados:** El promedio de puntuación obtenido por las 414 UBS evaluadas fue 356 y la mediana de 380 (total de 470 puntos posibles). Por medio de la modelación multivariada, se destacaron nueve ítems de Estructura y Proceso, al ser analizados con relación a los ítems de Resultado, y presentaron asociación estadística ( $p < 0,05$ ): RTA realizada en todos los períodos de la UBS, capacitación específica para atención en la RTA, actuación clínica del enfermero, retaguardia médica sistematizada para RTA, equipo de salud bucal completa, horario reservado para reunión del equipo, asistencia en grupo realizada sistemáticamente, acciones de promoción de la salud, instalaciones físicas adecuadas.

**Conclusión:** El instrumento presentó capacidad para captar diferentes niveles de la organización y de resultados de las unidades participantes en el estudio y, además de una evaluación global, reveló cuestiones críticas de los servicios relacionadas con los cambios pretendidos. Como herramienta evaluadora de los servicios, puede contribuir para monitorear y respaldar la toma de decisiones tecno-administrativas cotidianas.

## Introdução

Desde a criação do Sistema Único de saúde (SUS), em 1988, a discussão sobre a redefinição do modelo assistencial tem priorizado o tema da atenção básica de saúde (ABS) como questão estratégica. Os princípios do SUS, em especial, o da integralidade das ações, como qualificadores do nascente direito social, impulsionam a expressão das transformações pretendidas e fundamentam alianças sociais para que o alcance e a abrangência das políticas públicas não sejam reduzidos ao mínimo.<sup>(1,2)</sup>

Houve, nesse período, expressiva ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, entretanto, permanecem insuficiências ainda não superadas para uma oferta abrangente e integral, dentre estas destaca-se a incapacidade de resposta da ABS à demanda não agendada, necessária para garantir acesso e cuidado adequado e para sua consolidação como porta preferencial do sistema de saúde.<sup>(3-5)</sup>

Tal situação induziu a criação de novas modalidades de serviços de saúde intermediárias entre as UBS e os prontos-socorros, como a Unidade de Pronto Atendimento – UPA,<sup>(6)</sup> em especial aquelas classificadas em modalidades simplificadas de

atendimento, e a unidade de Assistência Médica Ambulatorial – AMA, em São Paulo.<sup>(7)</sup> A AMA, com sua limitada resolutividade e horário parcial de funcionamento, ao mesmo tempo em que rompeu a integralidade e continuidade dos cuidados propiciados pela atenção básica, enfraqueceu o papel das UBS no sistema, reorientando-as para uma qualificação mínima, programaticamente fechada.<sup>(7)</sup>

A gestão da saúde no município de São Paulo, iniciada em 2013, desenvolveu a organização da UBS integral como uma das propostas de mudança, visando ampliar o acesso com qualidade e definindo-a como uma UBS acolhedora e aberta aos problemas de saúde e à diversidade das condições de uso. Estabeleceu a adscrição sem proibição, incorporando e matriculando estudantes e trabalhadores também por local de atividade; definiu a integração da atividade programática com o atendimento não agendado, de modo a romper a fragmentação entre as UBS e as AMA; valorizou a promoção da saúde com a comunidade. Uma renovada UBS para resolver a maioria dos problemas e em condições de coordenar a continuidade do cuidado com outros pontos de atenção da rede.<sup>(8)</sup>

Com essas intenções de mudanças, tornou-se fundamental e necessário o desenvolvimento

de processos avaliativos. O processo de avaliação da atenção básica no âmbito do SUS tem sido desenvolvido por meio de pactos de gestão entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde. Foram definidas de forma tripartite as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e foi disponibilizado um sistema para inclusão de dados – SISPACTO.<sup>(9-11)</sup> Posteriormente, o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade da ABS (PMAQ) propôs adicionalmente um conjunto de estratégias de qualificação, prevendo elevação de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingissem melhora, segundo padrão nacional pré-estabelecido.<sup>(12)</sup>

Ao lado dessas iniciativas federais, têm sido valorizadas as políticas de institucionalização da avaliação na atenção básica, entendidas como estratégias a serem incorporadas no cotidiano dos gestores e profissionais,<sup>(13-15)</sup> superando a concepção de uma prestação de contas a organismos financiadores. Hartz<sup>(16)</sup> enfatiza as diferenças entre avaliação e monitoramento, afirmando que o monitoramento estaria mais focado na geração de informações de fácil apropriação e utilidade para o cotidiano dos gestores, visando a apoiar a tomada de decisão. O monitoramento está articulado, mas não se confunde com as funções da avaliação das políticas e programas de saúde.

Com as mudanças ocorridas na rede básica do município de São Paulo, acentuou-se, portanto, a necessidade de instrumentos de apoio ao monitoramento que organizassem as informações e que pudessem contribuir para a capacidade da gestão local. Este artigo analisa a adequação de um instrumento de monitoramento da ABS, utilizado diante das intenções mudancistas no município de São Paulo, visando a definir uma linha de base para o acompanhamento e análises posteriores, tendo como diretriz a integralidade das ações propostas.

## Métodos

Este estudo é parte do Projeto de Pesquisa – Análise do perfil da força de trabalho e da política nacional de gestão da educação na saúde com relação ao

seu estágio de implementação na rede de serviços de saúde, sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Haddad AE, coordenadora. Processo CNPq nº 401449/2013-0. Chamada MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit nº 08/2013). O presente artigo, trata do componente relativo ao conhecimento da situação da rede de atenção básica do município. Para tanto, utilizou-se de um instrumento avaliativo das UBS, contemplando indicadores de Estrutura, Processo e Resultado,<sup>(17)</sup> com especial ênfase nas ações relacionadas à estruturação das mudanças pretendidas para a qualificação da integralidade do cuidado.

Em 2014, a rede de serviços sob gestão do município de São Paulo era composta por 442 UBS, 80 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 30 Ambulatórios de Especialidades, 120 AMA, 25 Prontos-Socorros, 18 Hospitais Municipais (1720 leitos). Para aplicação do instrumento avaliativo, o presente estudo considerou a totalidade das UBS do município.

Tipo de Estudo – O projeto original, constituído por três componentes, caracterizou-se como pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, com abordagem quanti-qualitativa. O componente, objeto deste artigo, é uma pesquisa quantitativa, que envolveu a aplicação de instrumento desenvolvido em pesquisa anterior (Análise de um indicador de monitoramento dos serviços de atenção básica de saúde em diferentes modelos assistenciais. Cornetta VK, coordenadora. Processo CNPq nº 401449/2013-0. Edital MCT/CNPq/MS/DAB/SAS nº 049/2005), após adaptação e reformulação do mesmo.

O processo para adaptação e reformulação desse instrumento, visando a atender aos novos objetivos do presente estudo, seguiu as seguintes etapas: a) apresentação dos objetivos do instrumento da pesquisa anterior para técnicos do nível central, coordenadorias regionais e supervisões técnicas (distritos de saúde) municipais; b) identificação dos pontos-chave das mudanças atuais pretendidas na rede básica, discussão dos quesitos e incorporação das sugestões apresentadas; c) realização de piloto em duas unidades de cada uma das 25 supervisões técnicas de saúde existentes; d) ajustes e definição final do instrumento, que passou a ser constituído por 76

questos; e) aplicação do instrumento nas 442 UBS existentes no município, em maio de 2014, após treinamento e padronização do entendimento das questões. Tal atividade foi conduzida pela equipe de pesquisa e pela Coordenação da Atenção Básica da SMS-São Paulo, integrando nesse processo cerca de 120 profissionais envolvidos na atenção básica; o questionário foi respondido pelas equipes das UBS por meio de instrumento eletrônico – FORMSUS, com acompanhamento dos supervisores técnicos de saúde.

Para este artigo foram considerados 47 quesitos objetivos do instrumento adaptado e reformulado, então denominado “Diretrizes organizativas da Atenção Básica no Município de São Paulo: instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação” de forma a possibilitar análise quantitativa da consistência do instrumento assim delimitado. Do total de 442 UBS, foram recebidos em condições de análise 414 questionários (94%). Os 47 quesitos, independentemente de avaliarem Estrutura (5 quesitos), Processo (29 quesitos) ou Resultado (13 quesitos), foram organizadas em seis blocos temáticos (dimensões) para facilitar as discussões locais e as respostas: I. Recepção Técnica Acolhedora – RTA (Acolhimento); II. Trabalho de enfermagem; III. Trabalho médico; IV. Organização assistencial e integração da equipe; V. Cobertura vacinal e de programas; VI. Gestão e participação. As questões poderiam obter a pontuação 0, 5 ou 10, sendo que para algumas, que não comportavam situação intermediária, a pontuação poderia ser apenas 0 ou 10. A pontuação máxima total possível para cada UBS era de 470 pontos (10 x 47). Na análise estatística os dados referentes às UBS foram consolidados em planilha Excel (Office<sup>®</sup>) e analisados com o SPSS 25.0.

Os quesitos classificados como de Estrutura e Processo foram comparados entre si e em relação aos quesitos de Resultado. Para tanto, a pontuação dos quesitos do questionário referentes a Estrutura e Processo ( $n = 34$ ), foram recodificados de forma categorizada como Não (0 e 5) e Sim (10). Os quesitos de Resultado (13) foram transformados em escala centesimal (variação de 0 a 100). A variável Resultado, assim transformada, foi testada nas duas

condições de categorias das demais quanto a sua normalidade. Verificada distribuição normal, foram apresentadas na forma de média±desvio-padrão e comparadas por meio do teste t-Student. Esse procedimento permitiu identificar a significância estatística dos quesitos Estrutura e Processo em relação aos de Resultado; incluiu-se no modelo multivariado aqueles com *p-valor* < 0,10, utilizando-se a regressão linear método *Enter* com retirada manual. Mantiveram-se no modelo final aqueles que apresentaram  $p < 0,05$ .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº 803775) da Faculdade de Odontologia da USP e pela Secretaria de Saúde do Município de São Paulo (CAAE: 32909014.8.3001.5505).

## Resultados

A média e a mediana de pontuação obtidas pelas 414 UBS avaliadas (num total de 470 pontos possíveis) foram 356 e 380, respectivamente (mínimo 155; máximo 455). A amplitude dos valores foi de 310 pontos, tendo-se verificado 110 UBS (27%) no primeiro quartil, 95 UBS (23%) no segundo, 89 (21%) no terceiro e 120 (29%) no quarto quartil. Na tabela 1, estão apresentados os 47 quesitos individualmente e agrupados segundo bloco temático. O número de respostas para cada quesito variou entre 358 (86,5%) e 414 (100,0%). Em relação à pontuação obtida, segundo blocos, observa-se que o Bloco II – Trabalho da Enfermagem – foi o que obteve a maior pontuação e, juntamente com o Bloco VI – Gestão e participação, apresentou-se acima da média geral dos quesitos.

Ampliando a análise, procurou-se comparar o comportamento de cada um dos quesitos classificados como Estrutura e Processo, categorizados como Sim (presente) ou Não/Parcial (ausente ou presente parcialmente) contra a somatória (em escala centesimal) daqueles classificados como de Resultado. Verificou-se que a média da pontuação de Resultado foi maior na ocorrência do Sim em relação ao Não/Parcial dos quesitos de Estrutura ou Processo, com significância estatística para 29 deles, do total de 34 (Tabela 2).

**Tabela 1.** Tipo do quesito, número de UBS respondentes, pontuação obtida e sua porcentagem em relação à pontuação máxima possível de cada um dos quesitos

Ord.	Quesito avaliado	Tipo*	Nº de respostas	Pontos obtidos	%
I. Acolhimento (Recepção Técnica Acolhedora - RTA) – Total			2854	21505	75,4
1	Existe RTA em local exclusivo e o atendimento é individualizado	P	412	2480	60,2
2	Ocupação das vagas do dia após avaliação da RTA	P	412	3555	86,3
3	Agendamento após avaliação da RTA	P	411	3450	83,9
4	RTA funciona durante todos os períodos da UBS	P	410	3670	89,5
5	Tempo de espera para a RTA < 40 minutos	R	386	2850	73,8
6	Há registros dos atendimentos na RTA (motivo e decisão)	P	410	3255	79,4
7	Há treinamento específico para o atendimento na RTA	P	413	2245	54,4
II. Trabalho da enfermagem – Total			1656	15290	92,3
8	Há presença sistemática de enfermeiro na unidade	E	414	3930	94,9
9	O enfermeiro realiza consulta de forma sistematizada	P	414	3680	88,9
10	A consulta de enfermagem apoia-se em protocolos formais	P	414	4040	97,6
11	Enfermagem atuante na RTA	P	414	3640	87,9
III. Trabalho médico – Total			2825	21665	76,7
12	Presença médica na UBS (10 = todos períodos; 5 = 8 ou 9 períodos)	E	413	3335	80,8
13	Tempo de espera - criança ≥ 2 anos (10: ≤30 dias; 5: >30 ≤45; 0: >45)	R	413	3360	81,4
14	Segue o cronograma de atendimento da criança < 2 anos	R	381	3245	85,2
15	Tempo de espera - consulta adulto (10: ≤30 dias; 5: >30 ≤45; 0: >45)	R	413	2015	48,8
16	Tempo de espera - consulta mulher (10: ≤30 dias; 5: >30 ≤45; 0: >45)	R	412	2685	65,2
17	Tempo de espera - consulta gestante (10: ≤30 dias; 5: >30 ≤45; 0: >45)	R	381	3695	97,0
18	Há retaguarda médica de apoio à RTA	P	412	3330	80,8
IV. Organização assistencial e integração da equipe – Total			6106	47295	77,5
19	Atividades assistenciais planejadas em reuniões multiprofissionais	P	414	3550	85,7
20	Reuniões multiprofissionais sistemáticas para discussão de casos	P	414	3440	83,1
21	Agendamento é contínuo sem fechamento periódico	P	414	3840	92,8
22	Agendamento é realizado durante todo o dia de trabalho	P	414	3975	96,0
23	Agenda com reserva de vagas para a demanda do dia	P	414	3070	74,2
24	Papanicolaou integrado à consulta (sem agendamento em separado)	P	406	3240	79,8
25	Papanicolaou com rotina aberta (sem pré-agendamento)	P	407	2930	72,0
26	RN tem alta da maternidade com consulta agendada na UBS	P	408	3720	91,2
27	Equipe de saúde bucal completa**	E	406	2285	56,3
28	Equipe de saúde mental completa***	E	407	1075	26,4
29	Atendimento em grupo realizado sistematicamente	P	407	3440	84,5
30	Realiza visita regular a faltosos	P	408	2300	56,4
31	Sistema de referência com sistemática formal	P	375	3490	93,1
32	Ações regulares de promoção à saúde – comunidade	P	406	3645	89,8
33	Ações regulares de promoção à saúde – intersetoriais	P	406	3295	81,2
V. Cobertura vacinal e de programas – Total			2576	18655	72,4
34	Cobertura vacinal Penta: 10: ≥90%; 5: <90% e ≥80%	R	369	2805	76,0
35	Cobertura Trílice Viral: 10: ≥90%; 5: <90% e ≥80%	R	371	2865	77,2
36	Razão de Papanicolaou: 10: ≥20%; 5: <20% e ≥15%	R	366	2685	73,4
37	Cobertura Gestante: 10: ≥70%; 5: <70% e ≥50%	R	374	3190	85,3
38	Nascidos vivos com 7 ou + consultas: 10: ≥50%; 5: <50% e ≥30%	R	358	3025	84,5
39	Cobertura Hipertenso: 10: ≥30%; 5: <30% e ≥20%	R	369	2015	54,6
40	Cobertura Diabético: 10: ≥20%; 5: <20% e ≥15%	R	369	2070	56,1
VI. Gestão e participação – Total			2726	22800	83,6
41	Acomodação: sem filas, com bebedouro, boa limpeza	E	389	3130	80,5
42	Existência de manutenção preventiva dos equipamentos	P	389	2470	63,5
43	Identificação pública da equipe: uniforme, crachá	P	390	2820	72,3
44	Respeito ao usuário: sem grade na recepção, sem cartaz ameaçador	P	390	3810	97,7
45	Prontuários são separados com antecedência ao atendimento	P	390	3620	92,8
46	Horário reservado com antecedência para reunião da equipe	P	389	3350	86,1
47	Há Conselho Local ou outros mecanismos de participação	P	389	3600	92,5
Todas as questões – Total			18743	147210	78,5

\* Tipo: E = Estrutura; P = Processo; R = Resultado; \*\* Equipe de saúde bucal completa = 1 cirurgião dentista, 1 técnico de saúde bucal e 1 auxiliar de saúde bucal; \*\*\* Equipe de saúde mental completa = 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional

**Tabela 2.** Média da pontuação dos quesitos de Resultado (n=13), segundo resposta (Sim ou Não) atribuída aos quesitos de Estrutura e Processo (n=34)

Quesito de estrutura ou processo	Média dos valores dos quesitos de resultado		p-value*
	Não ou Parcial (0 ou 5)	Sim (10)	
Existe RTA em local exclusivo e o atendimento é individualizado	68,3±19,4	78,4±15,6	< 0,001
Ocupação das vagas do dia após avaliação da RTA	58,8±18,0	78,5±15,5	< 0,001
Agendamento após avaliação da RTA	57,0±18,9	77,5±15,8	< 0,001
RTA funciona durante todos os períodos da UBS	53,6±19,2	77,7±15,4	< 0,001
Há registros dos atendimentos na RTA (motivo e decisão)	65,4±19,6	77,9±16,0	< 0,001
Há treinamento específico para o atendimento na RTA	67,9±19,2	82,1±12,5	< 0,001
Há presença sistemática de enfermeiro na unidade	57,8±19,9	76,1±16,9	< 0,001
O enfermeiro realiza consulta de forma sistematizada	56,3±18,4	78,4±15,1	< 0,001
A consulta de enfermagem apoia-se em protocolos formais	60,3±15,3	74,9±17,8	0,021
Enfermagem atuante na RTA	58,2±21,7	77,5±15,4	< 0,001
Presença médica na UBS (10 = todos os períodos; 5 = 8 ou 9 períodos)	68,8±18,9	77,5±16,6	< 0,001
Retaguarda médica sistematizada de apoio à RTA	61,6±17,4	80,2±14,8	< 0,001
Atividades assistenciais planejadas em reuniões multiprofissionais	57,0±17,5	77,3±16,3	< 0,001
Reuniões multiprofissionais sistemáticas para discussão de casos	56,8±18,8	77,8±15,7	< 0,001
Agendamento é contínuo sem fechamento periódico	61,3±19,1	76,2±17,0	< 0,001
Agendamento é realizado durante todo o dia de trabalho	62,8±17,1	75,4±17,6	0,022
Agenda com reserva de vagas para a demanda do dia	62,7±17,0	78,5±16,4	< 0,001
Papanicolaou integrado à consulta (sem agendamento em separado)	68,7±20,4	75,9±16,9	0,005
Papanicolaou com rotina aberta (sem pré-agendamento)	62,9±19,1	78,7±15,5	< 0,001
RN tem alta da maternidade com consulta agendada na UBS	64,4±20,5	76,0±17,0	< 0,001
Equipe de saúde bucal completa	71,9±17,8	82,0±16,0	< 0,001
Equipe de saúde mental completa	74,7±17,7	73,5±19,1	0,724
Atendimento em grupo realizado sistematicamente	61,9±18,5	78,4±15,8	< 0,001
Realiza visita regular a faltosos	69,5±18,8	82,7±12,5	< 0,001
Sistema de referência com sistemática formal	63,6±22,6	75,4±17,2	0,003
Ações regulares de promoção à saúde – comunidade	55,9±17,5	77,4±16,1	< 0,001
Ações regulares de promoção à saúde – intersetoriais	66,1±17,8	77,7±16,8	< 0,001
Acomodação: sem filas, com bebedouro, boa limpeza	70,7±17,9	77,3±17,4	0,001
Existência de manutenção preventiva dos equipamentos	73,2±18,2	75,5±17,7	0,274
Identificação pública da equipe: uniforme, crachá	60,4±19,5	79,5±14,4	< 0,001
Respeito ao usuário: sem grade na recepção ou cartaz ameaçador	67,8±17,9	74,8±17,9	0,347
Prontuários são separados com antecedência ao atendimento	72,5±20,8	74,8±17,6	0,570
Horário reservado com antecedência para reunião da equipe	56,1±16,1	77,4±16,4	< 0,001
Há Conselho Local ou outros mecanismos de participação	71,8±18,5	74,9±17,8	0,429

\*Nível de significância do teste t-Student

Na sequência, desenvolveu-se análise multivariada dos quesitos Estrutura e Processo definidos como variáveis independentes e a soma dos valores obtidos nos quesitos de Resultado – variável dependente. Permaneceram no modelo 9 (nove) dos 34 quesitos ( $p < 0,05$ ), os quais podem ser considerados preditores significantes dos valores dos quesitos de Resultado. Foram eles: 4 – RTA funciona durante todos os períodos da UBS ( $B=8,22$ ;  $IC:3,04-13,40$ ;  $p=0,002$ ); 7 – Há treinamento específico para o atendimento na RTA ( $B=4,62$ ;  $IC=1,29-7,95$ ;  $p=0,007$ ); 9 – O enfermeiro realiza consulta de forma sistematizada ( $B=6,99$ ;  $IC:2,15-11,83$ ;  $p=0,005$ ); 18 – Há retaguarda médica sistematizada para apoio à RTA ( $B=9,94$ ;  $IC:6,42-13,46$ ;  $p=0,000$ ); 27 – Equipe de saúde bucal completa ( $B=66,38$ ;  $IC:3,05-9,71$ ;  $p=0,000$ ); 29 – Atendimento em grupo realizado sistematicamente ( $B=5,18$ ;  $IC:1,16-9,20$ ;  $p=0,012$ ); 32 – Ações regulares de promoção à saúde – comunidade ( $B=7,12$ ;  $IC:1,90-12,34$ ;  $p=0,008$ ); 41 – Acomodação: sem filas, com bebedouro, boa limpeza ( $B=4,51$ ;  $IC:1,54-7,48$ ;  $p=0,003$ ); e, 46 – Horário reservado para reunião da equipe ( $B=6,02$ ;  $IC:1,01-11,03$ ;  $p=0,019$ ).

## Discussão

Nenhum conjunto de quesitos qualificadores pode ser entendido como absoluto, trata-se de mais um instrumento que pode ser melhorado e adequado ao momento vivido e aos objetivos estabelecidos. A escolha de quesitos e indicadores para processos de avaliação ou monitoramento sempre envolve juízos de valor e visões de mundo.<sup>(18,19)</sup> Neste caso, a partir da abrangência e da extensão do direito de todos à saúde, refletidos em opções organizativas das unidades básicas de saúde, procurou-se analisar as possibilidades de uma alternativa metodológica de monitoramento da rede básica de saúde. O trabalho buscou contribuir para as iniciativas avaliativas, tema de permanente debate frente aos processos de mudanças nas políticas e ações de saúde em nosso país, estando bem estabelecida a necessidade de novas ferramentas, visando a conferir agilidade e maior possibilidade de direcionamento das ações em tempo real.<sup>(20-22)</sup>

A aplicação deste instrumento, considerando sua simplicidade operacional, poderia ocorrer com certa periodicidade, destacando-se, especialmente, sua utilização como ferramenta pedagógica para discussão da equipe da unidade e desta com a população participante dos fóruns regulares estabelecidos. A inclusão da equipe de saúde no processo de avaliação e monitoramento, adotada nesta proposição metodológica, tem sido considerada essencial visando a sua legitimidade e sustentabilidade.<sup>(13,14,22)</sup>

A utilização do referencial de Donabedian – estrutura, processo e resultado<sup>(17)</sup> e as necessárias adaptações visando a responder a nova conformação dos serviços, notadamente às redes de atenção à saúde, tem sido um dos caminhos adotados<sup>(21)</sup> e constituiu componente importante deste estudo. Dentre os quesitos do questionário classificados como de Resultado, alguns são índices conhecidos e já amplamente utilizados em outras situações como no SISPACTO<sup>(11)</sup> e em outros processos de avaliação.<sup>(23,24)</sup> A equipe participante da pesquisa definiu que os itens escolhidos deveriam expressar as principais ambições de mudança da rede básica. Assim, além de quesitos clássicos de valores de coberturas assistenciais, foram incluídas as variáveis relativas a tempos de espera para o atendimento na RTA e para a consulta médica da criança, do adulto, da mulher e da gestante. Estes resultam do grau de adequação dos componentes de Estrutura e Processo, sendo, ainda, uma qualificação muito valorizada pela população.<sup>(4,5,22)</sup>

A pontuação geral obtida pelas 414 UBS, resultante da somatória dos 47 quesitos, apresentou larga amplitude avaliativa, tornando possível delimitar diferentes estágios e situações organizativas das UBS incluídas no estudo. A maior pontuação atingida apontou qualidades a serem mantidas e caminhos para a conquista de melhorias nos seus processos de trabalho. A menor pontuação possibilitou identificar as unidades mais críticas, o que contribui para definição de prioridades pelos gestores.

Em relação aos blocos temáticos, houve, também, variação entre eles, possibilitando identificar aqueles que apresentaram maiores dificuldades para o processo de mudanças pretendido. Os Blocos III – Trabalho Médico e V – Cobertura vacinal e de programas, que concentram os quesitos de Resultado, obtiveram pon-

tuações inferiores à média geral; os Blocos I – RTA e IV – Organização assistencial e integração da equipe, que concentram quesitos de estrutura e processo, também apresentaram pontuações inferiores à média geral. Assim, o conjunto dos quesitos de Resultado pôde espelhar criticamente a condição estrutural e dos processos de trabalho. Entretanto, é necessário cuidado na sua interpretação, pois os quesitos de Resultado, muitas vezes, precisam de tempo para registrar o impacto de melhorias na operação dos serviços.

O Bloco I - RTA, especificamente, situou-se como ponto crítico da atuação visando à melhoria do acesso e da integralidade pretendidas para a rede básica. Tais achados são de elevada pertinência e plausibilidade, segundo o conhecimento já estabelecido.<sup>(4,5,22-24)</sup> A RTA, como forma de qualificar o acesso em substituição à tradicional recepção administrativa (o balcão), tem sido considerada como uma possibilidade de melhor atender, contribuindo com a continuidade do cuidado e, por essa razão, integram diferentes instrumentos de avaliação da atenção básica.<sup>(25,26)</sup>

Na análise multivariada, permaneceram no modelo, com significância estatística, quesitos de Estrutura e de Processo também relacionados à organização do acesso ao usuário com formalização e capacitação do atendimento acolhedor, este considerado um grande desafio da atenção básica e com potencial estruturante da unidade:<sup>(27)</sup> 4 – RTA funciona durante todos os períodos da UBS, 7 – Treinamento específico para atendimento na RTA e 18 – Há retaguarda médica sistematizada para apoio à RTA. Dentre estes, ressaltase que os quesitos números 4 e 18 foram os que obtiveram maiores valores de poder preditivo no modelo.

Ainda na análise multivariada, os quesitos 9 – O enfermeiro realiza consulta de forma sistematizada e 46 – Horário reservado para reunião da equipe dizem respeito à organização e valorização do trabalho em equipe. Os quesitos 29 – Atendimento em grupo realizado sistematicamente e 32 – Ações regulares de promoção à saúde na comunidade destacam o trabalho da unidade de saúde na realização das atividades de promoção e prevenção da saúde. Em relação a esses quatro quesitos, destaca-se o papel do enfermeiro, em especial na assistência e cuidado prestados ao usuário e no acolhimento. Estudos que abordam estas questões apontam para relevância do trabalho deste profissional

na prática clínica, gerencial e educativa, assim como os conflitos que ainda permeiam essa atuação e os desafios a serem superados.<sup>(28-30)</sup> O quesito 27 – Equipe de Saúde Bucal Completa valoriza a saúde bucal como importante componente da integralidade das atividades da UBS; finalmente, o quesito 41 – Acomodação sem filas, com bebedouro, boa limpeza aponta questões básicas de humanização dos serviços para a qualificação e melhoria de resultados da UBS.

Verificou-se que na quase totalidade dos quesitos, a média dos valores Resultado foi maior, com significância estatística, quando os quesitos de Estrutura e Processo se categorizavam na forma “Sim”. Esse achado reforçou a consistência interna do questionário, ao apontar esses quesitos como possíveis preditores de melhores resultados pretendidos. Retratam o momento vivido pela rede e os objetivos do processo de mudança, definidos pelos gestores em consonância com os processos participativos de escuta dos usuários.

Assim, como qualificadores de Estrutura e Processo, os quesitos avaliados e identificados com associação estatisticamente significativa com os maiores valores de pontuação dos quesitos de Resultado, expressaram coerência e coesão com a natureza do constructo proposto, segundo os princípios fundantes do processo de mudança em desenvolvimento.

No que se refere à validade do instrumento, esta foi questão originalmente tratada na gênese da sua elaboração com a definição do constructo a ser abordado de forma condizente e abrangente, segundo o processo de discussão dos interessados, além de se apoiar no desenvolvimento científico de trabalhos anteriores para o monitoramento da rede básica.<sup>(3,14,15,23)</sup>

Definir quesitos qualificadores é um caminho que visa a aproximar a compreensão do funcionamento do todo. Não podem ser entendidos, entretanto, como objetivos de uma ação ou da gestão, para os quais os níveis hierárquicos com menor poder obrigam-se a colocar no centro da sua missão, por sentirem-se vulneráveis a cobranças externas, estas, muitas vezes, sem sentido operacional real.<sup>(31)</sup> De fato, sempre há uma tendência de transformar indicador em meta, e aí ele acaba reduzido a um controlador de volume de atos, sem produzir alterações no desempenho do serviço. Indicadores, na óptica do monitoramento, são instrumentos que ajudam a observar uma característica ou um conjunto, sempre limi-

tado, de características e possibilitam uma ação corretiva imediata. Eles nos aproximam da compreensão do todo de um sistema complexo com base na decomposição de suas partes, julgando-as segundo valores presentes no devir projetado para uma prática social. Assim, eles permitem acompanhar mais de perto as ações e as atividades, colaborando, também, com subsídios para o planejamento e a gerência.<sup>(23)</sup>

## Conclusão

Os achados do estudo reforçaram a hipótese favorável ao instrumento elaborado de forma participativa, com base no constructo e prioridades estabelecidos. Estruturado em 47 quesitos e facilmente aplicado, o instrumento apresentou capacidade para captar diferentes estágios da organização e de resultados das unidades participantes do estudo e, além de uma avaliação global, revelou aquelas questões críticas dos serviços relacionadas às mudanças pretendidas. Constituiu-se em ferramenta avaliativa para os serviços, podendo contribuir para o monitoramento e fundamentar a tomada de decisões técnico-gerenciais cotidianas, visando à melhoria do desempenho esperado para as unidades básicas de saúde.

## Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo financiamento do projeto de pesquisa “Análise do perfil da força de trabalho e da política nacional de gestão da educação na saúde com relação ao seu estágio de implementação na rede de serviços de saúde sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde”, selecionado na Chamada MCTI/CNPq/MS – SCTIE – Decit nº 08/2013 e desenvolvido em parceria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. À Ângela Tavares Paes pela contribuição na análise dos dados e a Pedro Fiorini Puccini pela leitura e sugestões.



## Colaborações

Puccini PT, Haddad AE, Souza FIS, Gonçalves RC, Ribeiro CLM e Puccini RF contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2001. p. 39-64.
- Puccini PT, Cecílio LC. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cad Saude Publica* 2004;20(5):1342-53.
- Ibañez N, Rocha JS, Castro PC, Ribeiro MC, Foster AC, Novaes MH. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):683-703.
- Souza EC, Vilar RL, Rocha NS, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Sup.1):S100-10.
- Oliveira LH, Mattos RA, Souza AI. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cien Saude Colet*. 2009;14(5):1929-38.
- Brasil. Governo Federal. Ministério da Saúde. Diretrizes UPA 24h. Brasília (DF): Governo Federal; 2017 [citado 2018 Jul 5]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/upa/diretrizes-upa-24h>
- Puccini PT. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde; 2006. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2755-66.
- São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Fortalecendo a Atenção Básica no município de São Paulo. Diretrizes Gerais. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2021 [citado 2018 Jul 5]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes\\_Gerais\\_UBS\\_final\\_baixa\(1\).pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Gerais_UBS_final_baixa(1).pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3925, de 13 de novembro de 1998. Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2018 Jul 5]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925\\_13\\_11\\_1998\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html)
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento nacional de auditoria do SUS. Coordenação de sistemas de informação. Sistema único de saúde - Legislação Federal. Portaria nº 476, de 14 de abril de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica: pacto de indicadores da atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. DOU de 22 de abril, 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 Jul 20]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sispacto/faces/login.jsf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [citado 2018 Jul 5]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php?conteudo=entenda\\_pmaq](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq)
- Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):553-63.
- Almeida CA, Tanaka OU. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. *Rev Saude Publica*. 2016;50:45.
- Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos-sentinelas para monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2032-42.
- Hartz ZM. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2002;7:419-21.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Ann Harbor: Health Administration Press; 1980. v.1. 163 p.
- Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000;34:546-59.
- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão dos serviços de saúde. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):821-8.
- Medina MG, Aquino R, Carvalho AL. Avaliação da atenção básica: construindo ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate*. 2000;21:15-28.
- Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde Soc*. 2011;20(4):927-34.
- Conill EM. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Cien Saude Colet*. 2002;7(3):421-23.
- Puccini PT, Cornetta VK, Sahyom TZ, Fuentes IC, Botta LM, Puccini RF. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2941-52.
- Takemoto ML, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):331-40.
- Oliveira MM, Harzhein E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-63.
- D’Ávila OP, Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzhein E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):855-65. Review.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, 2013. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [citado 2021 Jul 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf)
- Lopes OC, Henriques SH, Soares MI, Celestino LC, Lea LA. Competências dos enfermeiros na estratégia de saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2020;24(2):e20190145.
- Ferreira SR, Perico LA, Dias VR. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl 1):752-7.
- Camelo MS, Lima LR, Volpe CR, Santos WS, Rehem TC. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2016;29(4):463-8.
- Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2004;4(3):317-21.