

Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços

Evaluation of Primary Health Care: validation of an instrument to analyze the performance of services

Marcia Regina Cubas¹, Nilza Teresinha Faoro², Simone Tetu Moysés³, Deborah Ribeiro Carvalho⁴

RESUMO Este artigo teve origem em pesquisa que objetivou identificar e validar a relevância dos indicadores presentes em um instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde. Sessenta especialistas avaliaram 23 indicadores das dimensões ‘usuário como centro do processo’, ‘organização dos processos focados nos usuários’, ‘vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais’ e ‘ambiência organizacional’. Quatro indicadores obtiveram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) máximo: ‘pesquisa com usuários dos serviços de saúde’, ‘ampliação da carteira de serviços’, ‘formação profissional, competências e participação nos processos de educação profissional’ e ‘ambiência e comunicação com a comunidade’. O IVC geral foi de 0,91.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Estudos de validação. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This article has been originated in a research that aimed to identify and validate the relevance of the indicators present in an instrument of evaluation of Primary Health Care. Sixty experts evaluated 23 indicators of the dimensions ‘user as the center of the process’, ‘organization of processes focused on users’, ‘link, competencies, skills and professional attitudes’ and ‘organizational ambience’. Four indicators obtained a maximum Content Validity Index (CVI): ‘research with users of health services’, ‘expansion of the service portfolio’, ‘professional training, competencies and participation in professional education processes’ and ‘ambience and communication with the community’. The overall CVI was 0.91.*

KEYWORDS *Primary Health Care. Validation studies. Health evaluation.*

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) – Curitiba (PR), Brasil.
m.cubas@pucpr.br

²Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – Curitiba (PR), Brasil.
nilzafoaro@gmail.com

³Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Curitiba (PR), Brasil.
simone.moyses@pucpr.br

⁴Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde – Curitiba (PR), Brasil.
ribeiro.carvalho@pucpr.br

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte a autonomia das pessoas e sua situação de saúde. Desenvolvida com alto grau de capilaridade, a APS deve ser operacionalizada em territórios definidos, considerando as características específicas de sua população, por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, sob a forma de trabalho em equipe (STARFIELD, 2004).

A APS possui atributos essenciais e derivados. Starfield (2004) afirma que os atributos essenciais são reconhecidos como eixos estruturantes do processo de atenção à saúde, sendo associados à qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência de suas intervenções. São eles o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Por sua vez, os atributos derivados qualificam as ações da APS em orientação centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.

Considerada como a porta de entrada de uma rede de serviços de acesso universal, a APS deve coordenar os cuidados na rede de atenção à saúde e efetivar a integralidade nas diversas dimensões (SUMAR; FAUSTO, 2014). No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), acordada entre gestores federais e representantes das esferas estaduais e municipais, define as responsabilidades de cada instância do governo, revê diretrizes políticas e reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para organização da APS (BRASIL, 2012). A PNAB estabelece que, dentre outras competências, o gestor municipal deve definir estratégias para que a prática de avaliação dos serviços seja institucionalizada e integrada ao processo de trabalho da equipe. Uma das formas de avaliação se dá por meio da adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que se constitui num dos requisitos para o

repasso de parte do financiamento federal da APS para o município.

Avaliar o desempenho dos serviços e seu impacto na saúde da população oportuniza a que os gestores orientem a implantação, consolidação e reformulação das práticas da APS (BRASIL, 2012). Estudo de Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015) sobre identificação dos desafios para adesão ao PMAQ conclui que os gestores municipais consideraram importantes, dentre outros aspectos, o aperfeiçoamento das atividades de monitoramento e avaliação, bem como o processo de gestão de pessoas (BRASIL, 2012). Ressalta-se que, por sua complexidade, o processo de avaliação na atenção básica exige competência gerencial, articulação e produção de informação para a definição de estratégias de intervenção (FELISBERTO, 2004).

No município de Curitiba, capital do estado do Paraná, região sul do Brasil, a rede da APS vem sendo construída a partir da implantação de Unidades Municipais de Saúde (UMS) próximas à população atendida, desde a década de 1970. Em 2014, a rede de serviços do município era composta de 109 UMS, todas com atendimento odontológico, sendo 65 na modalidade da ESF. Tal rede é capaz de ofertar cobertura territorial de serviços da APS para a totalidade da população estimada para o município, que é de 1.800.000 habitantes.

Massuda, Poli Neto e Drehmer (2014) afirmam que o fortalecimento da APS foi estabelecido como uma das principais metas dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba. Dentre as estratégias elencadas para tal fortalecimento consta a reestruturação do processo de remuneração variável dos servidores.

O processo de remuneração variável foi instituído em Curitiba em 1990 como forma de incentivo à qualificação das equipes de atendimento à saúde. No final da década de 1990, houve descontinuidade do processo, justificada, empiricamente, pela diminuição de processos solidários e colaborativos entre

as equipes. No ano de 2002, as equipes das UMS foram estimuladas a estabelecer contratos de gestão na atenção básica – pacto anual de responsabilidades entre equipes de UMS, Conselho Local de Saúde e o gestor distrital de saúde com respeito aos processos de trabalho e resultados alcançados. Tal contrato serviu como base para que, em 2003, o modelo de remuneração variável da SMS fosse reestruturado com a denominação Incentivo de Desenvolvimento de Qualidade (IDQ). O IDQ é composto por quatro processos avaliativos: avaliação individual, auto avaliação, avaliação da comunidade e avaliação da UMS; e resulta na remuneração variável de 20 a 40% do salário básico do servidor (AZEVEDO ET AL., 2013).

Após 10 anos de existência, a gestão municipal de Curitiba retomou o processo de remuneração variável com o intuito de embasá-lo nos atributos da APS. Um modelo avaliativo preliminar foi construído por uma equipe técnica do nível central, que usou como base instrumentos já consolidados e incluiu elementos ainda não contemplados nos instrumentos. A abordagem metodológica utilizada pela equipe incluiu as fases de construção de um instrumento de avaliação preliminar de dimensões e indicadores de desempenho, embasado nos atributos da APS; validação do instrumento; condução de teste piloto em duas UMS; e operacionalização da proposta de avaliação.

O modelo incluiu quatro dimensões para avaliação: i. usuário como centro do processo; ii. organização dos processos focados nos usuários; iii. competências e habilidades profissionais; iv. ambiência organizacional. A partir de sua proposição, surgiu a questão da confiabilidade e relevância do instrumento para qualificar a atenção prestada no que diz respeito aos atributos da APS.

Como o resultado da avaliação da APS no município será utilizada na determinação da remuneração variável, é fundamental que seus critérios precursores sejam explícitos, evitando valores determinados por critérios pessoais ou políticos.

A pesquisa que originou este artigo se insere na segunda fase do processo de construção do instrumento, a validação. O processo de validação de instrumento está, dentre outros requisitos, associado à sua validade interna e reprodutibilidade, o que demanda validação de face, de conteúdo e de constructo. A validação de face verifica se o instrumento é compreensível aos participantes, de modo a não comprometer os objetivos; a validação de conteúdo analisa a validade interna da dimensão de um instrumento; e a de constructo verifica a validade da característica singular que está sendo medida em relação à dimensão do instrumento (LUIS; ASSUNÇÃO; LUIS, 2012). A pesquisa aqui relatada se limitou às validações de face e de conteúdo e teve como objetivo identificar e validar a relevância dos indicadores presentes no instrumento de avaliação da APS.

Material e métodos

Estudo avaliativo, de validação de instrumento. Participaram da pesquisa 60 pessoas, cujo processo de recrutamento utilizou duas abordagens. A primeira, por amostragem intencional não probabilística, utilizando a técnica ‘bola de neve’, pela qual foram selecionados 20 especialistas da área da APS, denominados Especialistas externos (Ee). A segunda, por amostragem intencional, pela qual foram selecionados 29 profissionais de saúde da SMS de Curitiba, denominados Especialistas internos (Ei); nove gestores distritais (G); e dois usuários Conselheiros de Saúde (CS). Pela característica da seleção não houve critério de exclusão.

Para constituir o grupo inicial de Ee, foram selecionados profissionais reconhecidos nacionalmente por sua expertise na APS em pesquisas realizadas ou formulação de políticas públicas, com formação e experiência mínima de cinco anos na APS. Enviaram-se 19 convites por meio eletrônico. Desses, treze especialistas aceitaram participar do

estudo (86%) e indicaram outras 22 pessoas, das quais sete responderam ao questionário.

Os Ei foram convidados pessoalmente por uma das pesquisadoras. Selecionaram-se, em cada um dos nove distritos sanitários existentes na SMS no momento da coleta de dados, três profissionais por categoria, dentre cirurgiões dentistas, enfermeiros e médicos. O critério para a seleção foi a experiência mínima de dez anos na ESF da cidade de Curitiba. Para garantir o número mínimo de participantes, foram convidados 30 profissionais. Desses, 29 responderam ao instrumento no tempo previsto para coleta.

Incluíram-se os nove gestores dos distritos sanitários com experiência em monitoramento e avaliação. Finalmente, para seleção dos dois CS, utilizou-se como critério a participação na mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde, justificado pelo fato que os CS acompanham o monitoramento dos indicadores de saúde do Município por meio dos documentos institucionais, como o Plano Municipal de Saúde, o Plano Anual de Saúde e os relatórios quadrimestrais de gestão.

A coleta de dados foi realizada no período de quatro de maio a 27 de junho de 2015. Para compor o instrumento, foram utilizados os indicadores constantes do instrumento avaliativo preliminar, construído em 2013 pela equipe técnica da diretoria da APS da SMS Curitiba. A seleção de dimensões e indicadores teve como referência os atributos e valores da APS (STARFIELD, 2004) aplicados pela ESF.

A dimensão ‘usuário como centro do processo’ objetiva avaliar de forma mais estruturada a qualidade dos atributos da APS na visão do usuário, possibilitando a identificação dos pontos de maior dificuldade e que precisam

ser fortalecidos. Devido a sua complexidade, essa dimensão utiliza um instrumento já validado, o PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool), versão reduzida (HARZHEIM ET AL., 2006). O PCATool-Brasil avalia os atributos da APS, dos quais quatro são exclusivos – acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação – e dois são derivados – a orientação familiar e a orientação comunitária.

A dimensão ‘organização dos processos focados nos usuários’ foi construída a partir de três diferentes atributos da APS: carteira de serviços, que mede a integralidade e a polivalência das equipes a partir dos serviços ofertados aos usuários vinculados à sua lista; acesso e vínculo, que relaciona a disponibilidade e cobertura de serviços; e indicadores de processo de cuidado. Cada atributo é composto por um ou mais fatores que, somados, compõem a pontuação final da dimensão.

A dimensão ‘vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais’ é baseada num conjunto de saberes: saber (conhecimentos), saber fazer (habilidades), saber ser (atitudes), querer fazer (motivação) e poder fazer (atitudes profissionais e meios). O conjunto é de caráter individual e composto por fatores relacionados à formação, produtividade, capacidade de resolução e tempo de permanência na mesma UMS.

A dimensão ‘ambiência organizacional’ compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, sendo avaliada de forma coletiva pela equipe, possibilitando a inclusão de itens relacionados diretamente à organização da UMS.

Os componentes e indicadores do instrumento construído pela equipe da SMS Curitiba estão dispostos no *quadro 1*.

Quadro 1. Dimensões do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde, seus componentes e número de indicadores. Curitiba, 2015

DIMENSÃO	COMPONENTES	INDICADORES
Usuário como centro do processo	Pesquisa para a análise da percepção dos usuários sobre o processo de atenção: Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil adultos)	1. Pesquisa com usuários dos serviços de saúde.
Organização dos processos focados nos usuários	Carteira de serviços, Acesso e vínculo e Processo de cuidado	2. Ampliação da carteira de serviços. 3. Número de pessoas vinculadas à equipe. 4. Horário de atenção continuada pela equipe de saúde. 5. Ampliação de formas de acesso. 6. Percentual de usuários vinculados à equipe de saúde e atendidos na Unidade de Pronto Atendimento. 7. Proporção de mulheres de 25 a 64 anos que não realizaram o rastreamento de câncer de colo de útero. 8. Cobertura de vacinas da população vinculada. 9. Tratamento adequado de sífilis dos pacientes vinculados, incluído o parceiro no caso de gestante. 10. Cobertura de tratamento supervisionado de tuberculose dos pacientes vinculados. 11. Proporção de internamentos por asma na população vinculada. 12. Cobertura de escovação supervisionada nos escolares das escolas do Programa de Saúde nas Escolas vinculadas à equipe. 13. Cobertura de exame para detecção de lesões bucais nos usuários com idade acima de 40 anos, na população vinculada à equipe. 14. Cobertura de primeira consulta odontológica em crianças menores de cinco anos, no total na população vinculada.
Vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais	Formação, competências e participação nos processos de educação profissional e da comunidade, produtividade, resolutividade da Atenção Primária à Saúde e tempo de permanência na mesma equipe.	15. Formação profissional, competências e participação nos processos de educação profissional. 16. Avaliação da produtividade baseada nas metas estabelecidas previamente, por categoria profissional. 17. Resolutividade da Atenção Primária à Saúde em percentagem de encaminhamentos de usuários para especialistas. 18. Tempo de permanência na mesma Unidade de Saúde e equipe.
Ambiência organizacional	Avaliação 360 ⁹ pela equipe e organização dos espaços das Unidades Básicas de Saúde.	19. Organização de insumos da Unidade Básica de Saúde. 20. Organização de equipamento. 21. Limpeza da Unidade Básica de Saúde. 22. Ambiência e comunicação com a comunidade. 23. Avaliação por pares de atitudes do profissional, considerando o turno de trabalho.

Fonte: Instrumento preliminar para avaliação da Atenção Primária à Saúde, Curitiba, 2013.

Os participantes responderam a um questionário on-line composto de duas partes. A primeira relativa ao perfil sociodemográfico e de formação e a segunda sobre a relevância dos indicadores presentes no instrumento de avaliação.

O questionário foi construído no *software* SurveyMonkey (disponível em: <<https://pt.surveymonkey.com/>>), que possibilita a organização dos dados coletados em planilha eletrônica do Excel[®].

Individualmente, os participantes atribuíram um grau de relevância a cada um dos indicadores por meio de respostas estruturadas,

seguindo a escala tipo Likert: certamente relevante=4; provavelmente relevante=3; provavelmente não relevante=2 e certamente não relevante=1. Nos casos de atribuição ‘certamente não relevante’, uma justificativa era solicitada para resposta em campo aberto.

Os dados relativos ao perfil sociodemográfico e de formação dos participantes foram apresentados de forma descritiva, com distribuição média e percentual simples, apenas com o intuito de caracterizá-los. Para medir a proporção de participantes que estavam em concordância sobre a relevância dos indicadores presentes no

instrumento, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que permite analisar cada item individualmente e, após, o instrumento como um todo. O escore do índice relacionado ao item é calculado pela soma da concordância de cada item marcado como '3' ou '4', dividido pelo número total de respostas. Para o instrumento como um todo, dividiu-se o número total de itens considerados relevantes (3 ou 4) pelo número total de itens. Para serem considerados válidos, tanto o item como o instrumento devem obter o escore ≥ 0.80 (ALEXANDRE; COLUCI, 2006).

As justificativas dos participantes foram agrupadas por semelhança e pertinência às quatro dimensões do instrumento, como base para potencializar a discussão e ancorar a validação de face. Não foi realizada análise qualitativa das justificativas.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná e SMS de Curitiba (pareceres nº 1.008.015 e nº 1.033.282).

Resultados

Caracterização dos especialistas

A média de idade dos especialistas foi de 47.8 anos; 55% é do sexo feminino; 38%,

médicos; 30%, enfermeiros; 18%, cirurgiões dentistas; 5%, fisioterapeutas; e 2% se distribuíram entre os demais profissionais de saúde. Os participantes possuíam uma média de 2.12 especializações, sendo 42% na área da saúde coletiva; 55% na saúde da família; 22% na gestão em saúde; e 87% em outras especializações relacionadas à saúde. Dentre os especialistas, 37% eram mestres e 18%, doutores. Dois participantes eram doutorandos.

Quanto à área de atuação, 48% atuavam na assistência; 32% em gestão distrital ou federal; 17% na docência; e menos de 3% estavam aposentados. Do total, 63% tinham vínculo com a SMS de Curitiba. O tempo de atuação na APS variou de seis anos a mais de 30 anos, sendo que 43% dos participantes trabalhavam de onze a 20 anos na área.

Relevância dos indicadores

Nos *gráficos 1 a 3*, apresentam-se as proporções de concordância para cada indicador, por grupo de participantes (Ee, G e Ei). Para o grupo de CS, por ser formado de apenas dois participantes, optou-se pela descrição textual dos resultados.

Gráfico 1. Concordância entre os Especialistas externos (Ee) para a relevância dos indicadores que compõem o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (N=20) segundo o Índice de validade de conteúdo (IVC), Curitiba, 2015

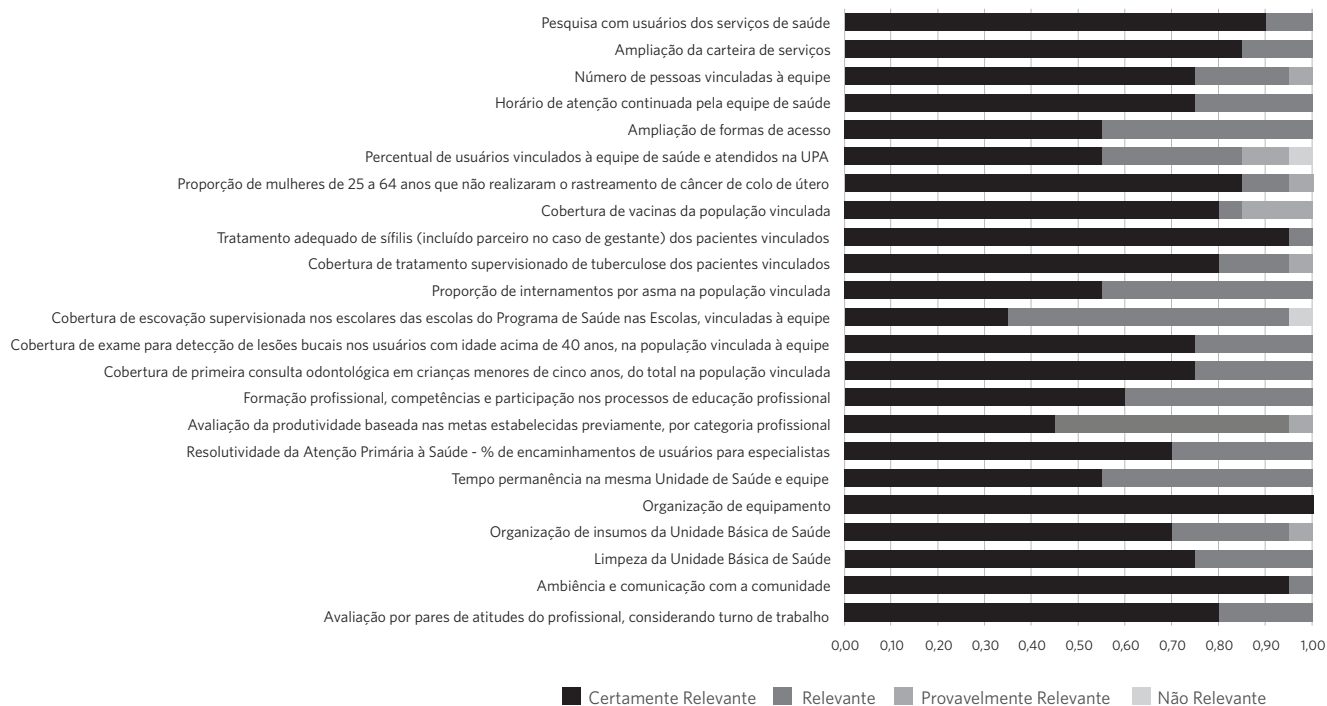


Gráfico 2. Concordância, segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), entre os Gestores (G) para relevância dos indicadores que compõem o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (N=9). Curitiba, 2015

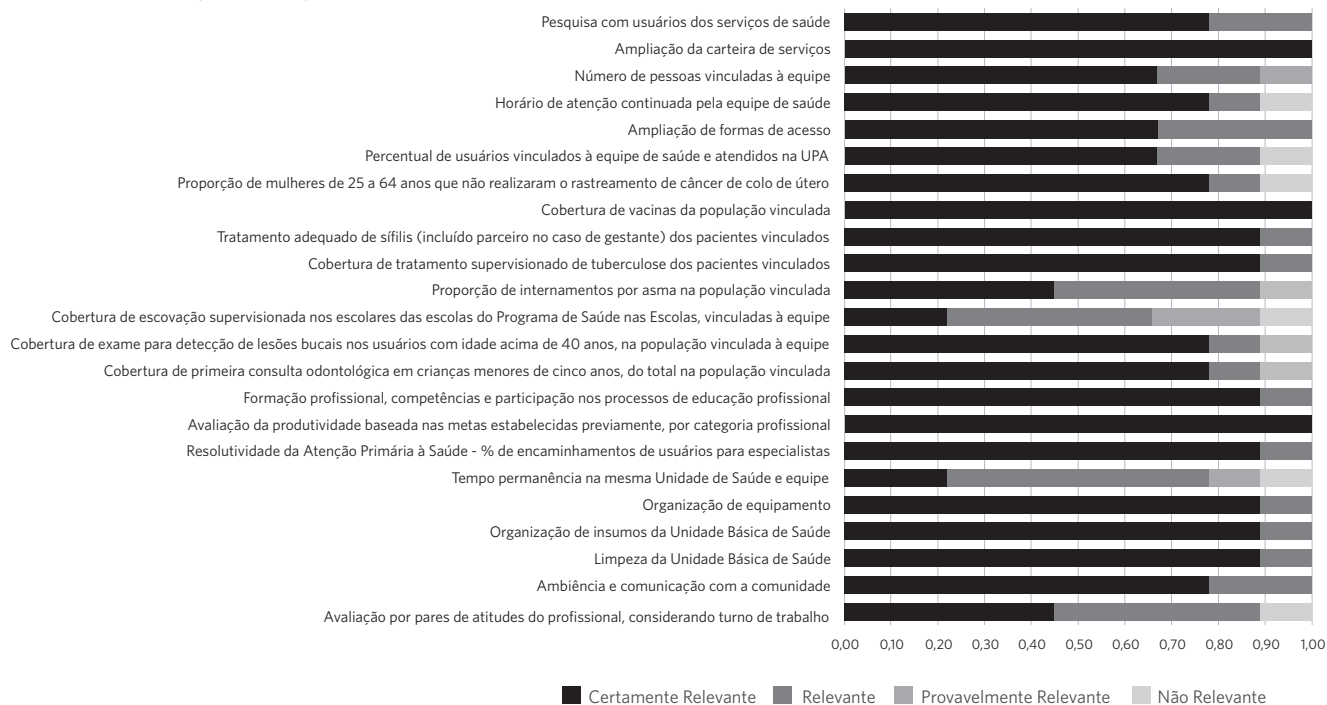
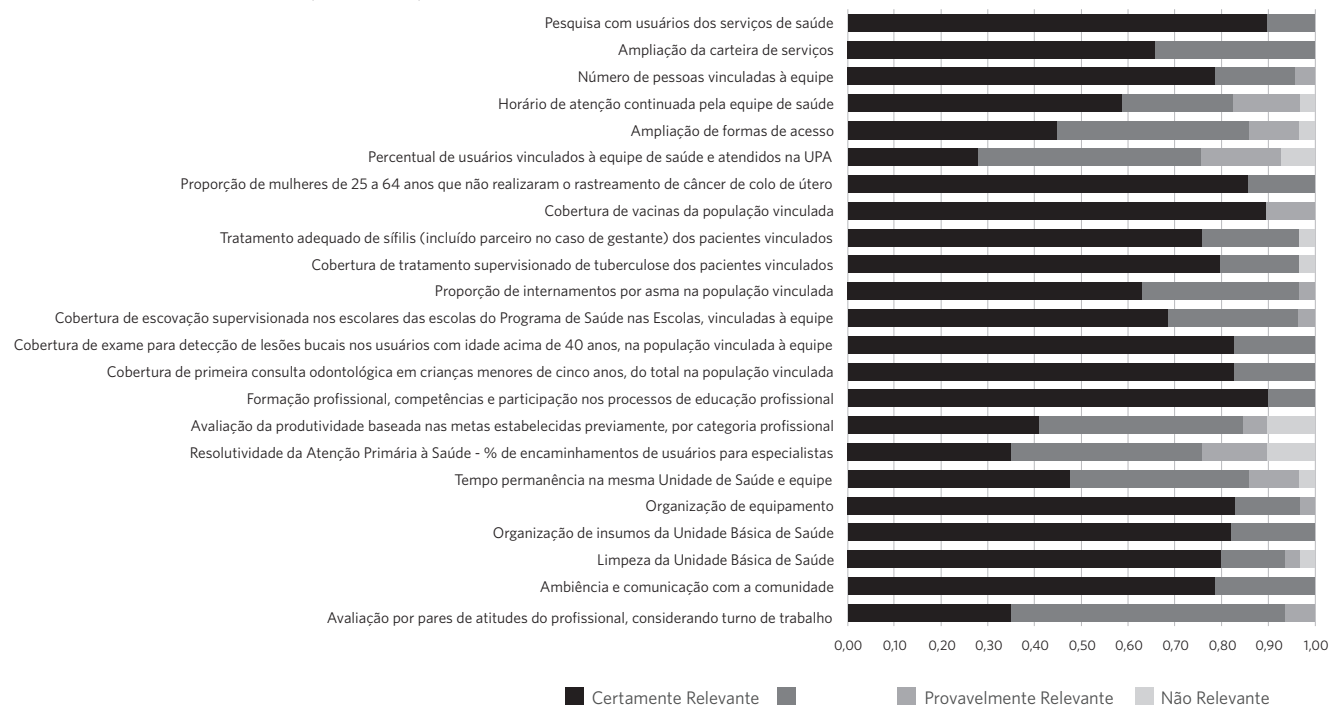


Gráfico 3. Concordância, segundo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), entre os Especialistas Internos (Ei) para a relevância dos indicadores que compõem o instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde (N=29). Curitiba, 2015



Os dois CS consideraram todos os indicadores relevantes para avaliação da APS. Dentre os indicadores, sete foram avaliados como certamente relevante: Pesquisa com usuários dos serviços de saúde; Ampliação da carteira de serviços; Número de pessoas vinculadas à equipe; Horário de atenção continuada pela equipe de saúde; Ampliação de formas de acesso; Percentual de usuários vinculados à equipe de saúde e atendidos na Unidade de Pronto Atendimento; e Cobertura de vacinas da população vinculada. Um dos conselheiros, aposentado, incluiu um comentário sobre a importância do indicador relacionado à pesquisa de satisfação do usuário, salientando que “é muito importante a divulgação ampla dos resultados de pesquisas realizadas [...]” (CS2). Em relação à dimensão da organização dos processos focados nos usuários, o mesmo conselheiro reforçou que as metas do instrumento devem ser as mesmas pactuadas com o Ministério da Saúde.

Embora exista concordância sobre a relevância dos indicadores pelos Ee, nenhum item foi avaliado como certamente relevante por todos os especialistas externos (*gráfico 1*). Destacam-se as justificativas de não relevância relacionadas aos indicadores de vinculação e atendimento da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e escovação supervisionada. O primeiro foi criticado pela compreensão de que tal indicador “[...] não avalia necessariamente o vínculo do usuário com a equipe, pois questões de acessibilidade podem interferir.” (Ee14, médico). Por sua vez, o indicador da escovação supervisionada “[...] não necessita ser atribuição da Estratégia de Saúde da Família/Atenção Primária à Saúde.” (Ee20, médico).

O grupo de gestores (G) avaliou três itens como certamente relevantes (*gráfico 2*). Da mesma maneira que o grupo de Ee, alguns gestores também responderam pela não relevância dos indicadores de vinculação e atendimento da UPA e de escovação

supervisionada. Uma das justificativas em relação à UPA é a de que:

[...] a APS não está dimensionada para atender à população que procura a UPA durante o período de funcionamento da UMS; o acesso ao serviço da UPA também é relevante nos casos de emergência. (G3, enfermeiro).

Outro indicador considerado por gestores como não relevante é o relacionado ao horário de atenção continuada, cuja justificativa foi a de que *“[...] a disponibilidade do serviço é fundamental para a acessibilidade, no entanto não a garante”* (G3, enfermeiro).

Apesar de o conjunto de indicadores atingir o escore de relevância, no grupo de Ei detectou-se o maior número de registros de não relevância para alguns indicadores, e nenhum dos itens teve concordância total na avaliação de ‘certamente relevante’ (gráfico 3). Novamente, o indicador relacionado à vinculação e atendimento da UPA foi mais criticado. Dois Ei justificam a não relevância pela dificuldade de avaliação desse indicador, pois

[...] culturalmente, a população procura a UPA por diversos motivos, que o acesso sempre foi

permitido, déficit de profissionais na UMS, fila de madrugada para conseguir consulta. (Ei12, enfermeira),

e que o indicador *“[...] não avalia a aderência do usuário ou equipe, inúmeros fatores podem levar o usuário a procurar a UPA”* (Ei19, médico).

Em relação ao indicador que mede a resolutividade por meio do percentual de encaminhamentos para especialidade, dois Ei justificaram a não relevância salientando que:

[...] o encaminhamento para especialista absolutamente não avalia a resolutividade, porque são múltiplos os fatores que influenciam no número e causas de encaminhamentos. (Ei12, médico),

e que *“o percentual de encaminhamentos pode refletir especificidades de demanda e não baixa resolutividade”* (Ei27, médico).

Validade de conteúdo dos indicadores

Na avaliação geral, os 23 indicadores obtiveram escore de $IVC \geq 0.80$ (tabela 1). O IVC do instrumento como um todo foi de 0,91. Esse resultado caracteriza a validação de seu conteúdo.

Tabela 1. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde, distribuído por indicadores, dimensões e número de especialistas que atribuíram os conceitos ‘certamente relevante’ ou ‘provavelmente relevante’. Curitiba, 2015

Dimensão	Indicadores	IVC	Especialistas que atribuíram os conceitos certamente ou provavelmente relevante (N=60)
Usuário como centro do processo	Pesquisa com usuários dos serviços de saúde	1,00	60
Organização dos processos focados nos usuários	Ampliação da carteira de serviços	1,00	60
	Número de pessoas vinculadas à equipe	0,95	57
	Horário de atenção continuada pela equipe de saúde	0,90	54
	Ampliação de formas de acesso	0,93	56
	Percentual de usuários vinculados à equipe de saúde e atendidos na Unidade de Pronto Atendimento	0,82	49

Tabela 1. (cont.)

Organização dos processos focados nos usuários	Proporção de mulheres de 25 a 64 anos que não realizaram o rastreamento de câncer de colo de útero	0,97	58
	Cobertura de vacinas da população vinculada	0,98	54
	Tratamento adequado de sífilis dos pacientes vinculados, incluído o parceiro no caso de gestante	0,97	58
	Cobertura de tratamento supervisionado de tuberculose dos pacientes vinculados	0,97	58
	Proporção de internamentos por asma na população vinculada	0,97	58
	Cobertura de escovação supervisionada nos escolares das escolas do Programa de Saúde nas Escolas vinculadas à equipe	0,92	55
	Cobertura de exame para detecção de lesões bucais nos usuários com idade acima de 40 anos, na população vinculada à equipe	0,98	59
	Cobertura de primeira consulta odontológica em crianças menores de cinco anos, no total na população vinculada	0,98	59
	Vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais	Formação profissional, competências e participação nos processos de educação profissional	1,00
Avaliação da produtividade baseada nas metas estabelecidas previamente, por categoria profissional		0,92	55
Resolutividade da Atenção Primária à Saúde em percentagem de encaminhamentos de usuários para especialistas		0,88	53
Tempo de permanência na mesma Unidade de Saúde e equipe		0,90	54
Ambiência Organizacional	Organização de insumos	0,97	58
	Organização de equipamento	0,98	59
	Limpeza da Unidade Básica de Saúde	0,96	58
	Ambiência e comunicação com a comunidade	1	60
	Avaliação por pares de atitudes do profissional, considerando o turno de trabalho	0,95	57
IVC Total		0,91	

Os indicadores que obtiveram menor IVC foram o ‘Percentual de usuários vinculados à equipe de saúde e atendidos na Unidade de Pronto Atendimento’ e ‘Resolutividade da APS medida pelo percentual de encaminhamentos de usuários para especialistas’.

Quatro indicadores obtiveram IVC máximo: ‘Pesquisa com usuários dos serviços de saúde’, ‘Ampliação da carteira de serviços’, ‘Formação profissional, competências e participação nos processos de educação profissional’ e ‘Ambiência e comunicação com a comunidade’.

Discussão

Na dimensão ‘Usuário como centro do processo’, a realização de pesquisas de opinião sobre a satisfação do usuário com o serviço oferecido foi um dos indicadores com consenso total de relevância entre os participantes.

A satisfação do usuário, além de ser um indicador de qualidade, proporciona uma avaliação de desempenho sob a perspectiva de tal indicador, orientando decisões estratégicas ou operacionais para melhoria dos

serviços prestados no sistema de saúde (ZILS ET AL., 2009).

A revisão integrativa da literatura desenvolvida por Rocha, Bocchi e Godoy (2016) revela que o acesso oportuno aos serviços de saúde ainda é um problema em vários países do mundo, sendo que algumas pesquisas avaliam a satisfação do usuário utilizando itens como agendamento e horário estendido para o atendimento. Os autores discutem que as pesquisas foram elaboradas com a finalidade de subsidiar mudanças e ancorar projetos de governo.

Parece haver consenso entre os pesquisadores e os profissionais de saúde sobre a importância da avaliação da qualidade dos serviços pela ótica das pessoas que os utilizam e que deles dependem. Além de viabilizar estratégias para melhoria do sistema de saúde (ZILS ET AL., 2009), os resultados desse tipo de pesquisa poderão ser utilizados pelas equipes avaliadas para repensar sua atuação no espaço da APS.

Dentre os instrumentos que incluem o item da satisfação do usuário para avaliar a APS está o PCATool. Autores de pesquisas que se dedicaram a estudar o PCATool concluíram que o instrumento é o mais adequado às propostas inclusas na PNAB (GARUZI ET AL., 2014; HARZHEIM ET AL., 2013; SHI; STARFIELD; XÚ, 2001). Assim, a escolha do PCATool-Brasil, versão reduzida, para o processo de avaliação da APS em Curitiba parece ser adequada, refletindo a pertinência do uso de instrumentos mundialmente reconhecidos.

A ampliação da carteira de serviços é o único indicador que compõe a dimensão da 'Organização dos processos focados nos usuários' a obter consenso total de relevância. Tal ampliação exige que a equipe da APS reconheça, adequadamente, as necessidades de saúde mais frequentes e disponibilize os recursos para abordá-las, rumo à integralidade.

A variedade de serviços disponíveis deve respeitar a incidência ou prevalência das necessidades de saúde da população (STARFIELD,

2004). Entretanto, ao abordar o conhecimento do conceito de necessidades de saúde sob a perspectiva do usuário, Moraes, Bertolozzi e Hino (2011) concluíram que ainda persistem tensões envolvendo o conflito entre o que os usuários apresentam como demandas e o reconhecimento das necessidades de saúde pelos profissionais.

Nessa ótica, discute-se que as decisões sobre a ampliação da carteira de serviços da APS não depende apenas da disponibilização de equipamentos pelos gestores, mas de uma equipe capaz de reconhecer as necessidades de saúde da comunidade.

Espera-se que as equipes, além de reconhecer as necessidades, conheçam as histórias de vida dos usuários e famílias, fazendo da escuta uma prioridade para superar a forma fragmentada de assisti-los (FRACOLLI ET AL., 2014; MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011). Apesar desta premissa, ainda se verifica que, nas práticas cotidianas e em mesma situação, ocorrem diferentes formas de cuidar mesmo entre os profissionais de uma mesma categoria (FRACOLLI ET AL., 2014). Esse fato pode ser superado, dentre outras possibilidades, com a inclusão do tema nos processos de formação e nos processos de avaliação dos profissionais de saúde.

Na dimensão 'organização dos processos focados nos usuários', ressalta-se um item dentre os que receberam menor IVC – 'percentual de usuários vinculados à equipe e atendidos em UPA'. Embora a UPA se apresente como um observatório da rede de atenção, podendo delimitar problemas na APS tais como dificuldades de acesso e de vínculo dos usuários com a equipe, o item relacionado ao atendimento pela unidade não deve ser analisado de forma limitada e fora do contexto da organização de serviços.

Uma realidade percebida nas UPAs em todo o País é resultante da demora para o atendimento nas UMS. Essa demora é determinada pela procura por um atendimento ágil e pela oportunidade para solucionar problemas, ainda que não sejam urgentes ou

emergenciais, gerando, como consequência, um fluxo de usuários que excede à capacidade do serviço (OLIVEIRA ET AL., 2015; RANDOW ET AL., 2011).

Na dimensão ‘vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais’, os participantes reconhecem a importância da qualificação profissional como indicador de avaliação para qualidade da APS. Entretanto, apesar do reconhecimento da importância da formação dos profissionais de saúde como essencial para mudanças na prática de atenção à saúde (SCHERER, 2016; VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2014) e de que profissionais qualificados podem apresentar competência técnica para a transformação do modelo de atenção, há necessidade de conhecer o impacto da formação e da qualificação profissional sobre o desenvolvimento dos atributos da APS (LEÃO; CALDEIRA, 2011).

Também deve-se considerar que, ao analisar a necessidade de qualificação da enfermagem de nível médio para a ESF, Ximenes Neto *et al.* (2016) afirmam que apesar da mudança dos espaços de trabalho da área hospitalar para a extra hospitalar, a premissa da formação ainda é centrada na clínica hospitalar. Situação semelhante foi identificada na formação dos profissionais de nível superior, o que determina uma desconexão entre o trabalho na APS e a formação, que poderia ser superada, em parte, pela oferta de especializações em Saúde da Família (SCHERER, 2016).

Na ótica apresentada, a formação profissional, quer seja do nível médio ou superior, determina a emergência de uma coparticipação do serviço para a qualificação da equipe que atua na APS.

Um dos indicadores com menor IVC neste estudo se encontra na dimensão vínculo, competências, habilidades e atitudes profissionais: a resolutividade da APS. Nesse domínio, em 2008, o MS instituiu a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) para amparar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar, dentre outros aspectos, a eficiência das ações (BRASIL, 2008). O Nasf é uma iniciativa que pode auxiliar na

operacionalidade da APS. Reforça-se que iniciativas brasileiras para fortalecer e expandir a ESF como coordenadora do sistema de saúde se alinham às reformas europeias que, ao consolidar a função de porta de entrada da APS, estendem a resolutividade dos serviços e fortalecem o papel de coordenação da rede de serviços de saúde (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A resolutividade dos serviços de APS diz respeito à capacidade de identificar riscos, ofertando desde a consulta inicial e demais procedimentos, incluindo o encaminhamento qualificado ao atendimento especializado, quando necessário, até a solução dos problemas de saúde do usuário. Isto inclui o incremento de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades clínicas das equipes de saúde.

A longitudinalidade, mais que uma continuidade dos cuidados ao usuário por equipe da APS, é uma relação terapêutica construída ao longo do tempo, tanto em casos de doenças como de cuidados preventivos. Como resultados têm-se diagnósticos e tratamentos mais precisos, bem como a redução dos encaminhamentos para especialistas (STARFIELD, 2004).

Na dimensão ‘ambiência organizacional’, o consenso relacionado ao indicador ‘ambiência e comunicação com a comunidade’ pode ter sofrido interferência das propostas para melhoria dos ambientes de trabalho da gestão municipal de Curitiba (2013/2016).

Sabe-se que a adequação da estrutura física e a melhoria na disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos podem contribuir para uma assistência de qualidade à saúde da população (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011). Por sua vez, estudo que se dedicou à área da saúde mental revela que uma equipe com diferentes formações profissionais deve priorizar a integralidade das ações de cuidado com o objetivo de constituir ambiente adequado ao processo terapêutico (KANTORSKI ET AL., 2011). Desse modo, conclui-se que a ambiência é influenciada

pela estrutura e pela interação estabelecida entre os profissionais de saúde.

Em relação aos diferentes grupos de avaliadores, verifica-se que o grupo de Ei e Ee não validaram como certamente relevante nenhum dos itens. Entretanto, o grupo de Ee obteve uma melhor percepção dos indicadores em relação aos demais. Tal fato pode ser justificado pelo perfil de seleção desses indicadores e pelo não envolvimento direto com uma das finalidades do instrumento, que é a remuneração variável dos Ei e G.

Conclusões

O instrumento proposto para avaliação da APS foi validado no município de Curitiba (PR). Esse processo possibilita credibilidade e transparência em sua implementação, assim como permite que outros municípios, com organização semelhante, possam utilizar os indicadores adaptando-os à sua realidade.

Os indicadores ‘percepção do usuário’, ‘ampliação da carteira de serviços’, ‘formação e educação profissional’ e ‘ambiência e comunicação com a comunidade’ foram considerados os mais relevantes. Tais indicadores refletem, sem desconsiderar outros, importantes atributos da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a orientação centrada

na família e a coordenação da atenção.

Apesar de validado, o indicador Percentual de usuários vinculados à equipe de saúde e atendidos na Unidade de Pronto Atendimento, foi o que recebeu menor índice de validade, sendo alvo de críticas justificadas pela interferência oferecida pelo contexto da organização dos serviços. Sugere-se que o indicador seja considerado como um evento sentinela, possibilitando analisar os motivos do comparecimento nas UPAs de usuários vinculados às UMS.

Ressalta-se que o instrumento deve se tornar dinâmico a partir do monitoramento e avaliação dos resultados obtidos e da necessidade do serviço. Portanto, estudos futuros devem investigar as características que permeiam, intrinsecamente, o processo de trabalho na APS de modo a compor outros indicadores para o processo de avaliação tais como a necessidade de conhecimentos sobre ética, o direito dos usuários, as habilidades em comunicação interpessoal e o trabalho em equipe.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela taxa referente ao Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (Prosup). ■

Referências

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011.
- AZEVEDO, J. C. R. *et al.* Avaliação de desempenho: um instrumento de gestão e democratização nas relações de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde. *Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. p. 29-35.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 24 jan. 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, abr./jun. 2015.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004.
- FRACOLLI, L. A. *et al.* Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-60, 2014.
- GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.
- HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.
- _____. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.
- KANTORSKI, L. P. *et al.* Avaliação qualitativa de ambiente num Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2059-2066, 2011.
- LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4415-4423, 2011.
- LUIS, H. P. S.; ASSUNÇÃO, V. A.; LUIS, L. F. S. Tradução e validação para português de um questionário de hábitos, conhecimentos e atitudes de saúde oral dos adolescentes. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-11, 2012.
- MASSUDA, A.; POLI NETO, P.; DREHMER, V. L. F. G. (Org.). A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS Curitiba: um desafio para o Brasil, passar de uma APS Programática para uma mais acessível e abrangente. In: SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014. p. 127-77.
- MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P.

- Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.
- OLIVEIRA, S. N. *et al.* Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h: percepção da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 328-344, 2015.
- PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, 2011.
- RANDOW, R. M. V. *et al.* Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 904-912, 2011.
- ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 87-111, 2016.
- SCHERER, M. D. A. *et al.* Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 691-702, 2016.
- SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. *The Journal of Family Practice*, Parsippany, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.
- VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 30, n. 1, p. 215-244, 2014.
- XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos técnicos de enfermagem na estratégia saúde da família. *Sanare – Revista de políticas públicas*, Sobral, v. 15, n. 1, p. 47-54, 2016.
- ZILS, A. A. *et al.* Satisfação dos usuários da rede de Atenção Primária de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009.

Recebido para publicação em novembro de 2016

Versão final em maio de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve