

Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008*

doi: 10.5123/S1679-49742013000100004

Concordance analysis in Primary Health Care evaluation instruments in the city of Curitiba, Parana, Brazil, in 2008

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, Brasil

Ricardo de Souza Kuchenbecker

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Erno Harzheim

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Álvaro Vigo

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Lisiane Hauser

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Eliane Regina Veiga Chomatas

Secretaria Municipal da Saúde, Prefeitura Municipal de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil

Resumo

Objetivo: analisar o grau de concordância entre o Primary Care Assessment Tool (PCATool) e a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), elaborada pelo Ministério da Saúde. **Métodos:** definiram-se escores a partir de dados secundários resultantes da aplicação, em 2008, dos referidos instrumentos no município de Curitiba, Paraná, Brasil, sendo utilizado o método de Bland-Altman para análise de concordância. **Resultados:** houve concordância ($p>0,05$) para os atributos 'integralidade' ($p=0,190$) e 'orientação familiar' ($p=0,084$), o que não ocorreu em relação ao 'acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde' ($p<0,001$), 'longitudinalidade' ($p<0,001$), 'coordenação do cuidado' ($p<0,001$) e 'orientação comunitária' ($p<0,001$), sugerindo não existir equivalência entre os instrumentos. **Conclusão:** os resultados não permitem definir uma metodologia de avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) mediante a AMQ; recomendam-se estudos visando aferir associação entre melhor avaliação da APS pela AMQ e resultados em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa.

Abstract

Objective: to analyze the agreement between the Primary Care Assessment Tool (PCATool) and the Brazilian Ministry of Health's Evaluation for Improving the Quality (AMQ) of the Family Health Strategy. **Methods:** scores were defined based on secondary data resulting from the application of these instruments in Curitiba, Parana, Brazil in 2008. Concordance analysis was performed using the Bland-Altman method. **Results:** agreement occurred ($p>0.05$) with regard to Comprehensiveness ($p=0.190$) and Family-centered care ($p=0.084$). Agreement did not occur with First contact with care ($p<0.001$), Longitudinality ($p<0.001$), Care coordination ($p<0.001$) and Community-centered care ($p<0.001$). This suggests that there is no equivalence between the instruments. **Conclusion:** the results do not permit the definition of a methodology for evaluating Primary Health Care (PHC) attributes using AMQ. We suggest studies to assess the association between better PHC evaluation using AMQ and health outcomes.

Key words: Health Evaluation; Health Services Evaluation; Primary Health Care; Evaluation of Research Programs and Tools.

*Artigo originado da dissertação de Mestrado Profissional em Epidemiologia 'Gestão de Tecnologias em Saúde', do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, defendida em 20 de junho de 2011.

Endereço para correspondência:

Alexandre Medeiros de Figueiredo – Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, Campus I, Jardim Universitário, S/N, Castelo Branco, João Pessoa-PB, Brasil. CEP: 58051-900
E-mail: potiguar77@yahoo.com.br

Introdução

Atualmente, existem 31.600 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), que assistem 100,1 milhões de habitantes em 5.294 municípios brasileiros.¹ Em alguns estudos, observou-se que essa ampliação estava associada à redução de desfechos significativos como mortalidade infantil e Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), especialmente nos extratos da população com maior vulnerabilidade.²⁻⁶ Apesar dessas conquistas, tal expansão apresenta fragilidades que demandam reflexões sobre sua implantação, potencialidades e fragilidades, como forma de gerar subsídios para a tomada de decisão por parte dos gestores, trabalhadores e instâncias do controle social.^{7,8}

Apesar de sua necessidade, existem desafios substanciais para estabelecer parâmetros de qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) que sejam mensuráveis. Nessa perspectiva, pesquisadores do *Primary Care Policy Center* elaboraram uma série de instrumentos para avaliação da APS, reunidos no chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Essas ferramentas balizam-se nos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados por Starfield: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural.^{9,10} A partir desses atributos, foram utilizadas as proposições de Donabedian, sendo considerados elementos de estrutura e processo de cada um dos atributos, o que possibilita a avaliação da relação entre a utilização de serviços da APS e os resultados em saúde.⁹⁻¹¹

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa.

Ao longo dos anos, essas ferramentas foram utilizadas e validadas em diversos países.¹²⁻¹⁶ No Brasil, estudos analisaram a presença e o grau dos atributos da APS, aplicando versões do PCATool em usuários e profissionais de saúde lotados em serviços com diferentes formas de organização e financiamento.¹⁷⁻²¹

Desde 1998, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações de avaliação e monitoramento da Atenção Básica em conjunto com as Secretarias de Estado e Municipais de Saúde e instituições de pesquisa, mediante o Pacto pela Atenção Básica, além dos estudos de linhas de base e, mais recentemente, da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ).²² Este instrumento de autoavaliação contempla elementos normativos, sendo aplicado a gestores de serviços e sistemas de saúde e a profissionais da saúde, de forma voluntária, com o objetivo de nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da Atenção Básica. Assim como o PCATool, a AMQ utiliza os pressupostos avaliativos de Donabedian e enfoca aspectos relativos a estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde.²³

A AMQ é composta por duas grandes categorias de análise – gestão e equipe de saúde – e congrega cinco dimensões: desenvolvimento da estratégia; coordenação técnica das equipes; unidade de Saúde da Família; consolidação do modelo de atenção; e atenção à saúde. Cada dimensão está disposta em instrumento específico, totalizando cinco instrumentos, todos compostos por diversos padrões categorizados por estágios de qualidade, assim definidos: qualidade elementar (E), em desenvolvimento (D), consolidada (C), boa (B) e avançada (A). Os padrões têm respostas dicotômicas, de tipo ‘Sim’ ou ‘Não’, e foram submetidos à análise – segundo sua relevância, confiabilidade e factibilidade – de membros do Ministério da Saúde, coordenadores e profissionais da ESF, e de consultores externos.²³ Desde sua implantação, 246 municípios finalizaram a 1ª autoavaliação, sobre um total de 2.090 equipes da Estratégia Saúde da Família.²⁴ Contudo, até o presente momento, não foram publicados estudos validando a AMQ como instrumento de avaliação da qualidade da APS.

O presente estudo teve como objetivo verificar a concordância entre os instrumentos de avaliação da qualidade da APS – PCATool e AMQ – utilizando as informações fornecidas pela aplicação desses instrumentos junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Município de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil.¹⁸

Métodos

Trata-se de um estudo de análise de concordância, em que foram utilizados dados secundários advindos da aplicação da AMQ e do PCATool em Curitiba-PR, no ano de 2008.

Os dados referentes ao PCATool, utilizados para esta análise, foram obtidos a partir de sua versão para profissionais, mediante entrevistas a médicos e enfermeiros de 43 unidades de saúde da ESF implantadas em Curitiba-PR antes de junho de 2006.¹⁸ Nessa versão atualizada do PCATool, apenas os itens referentes ao atributo 'integralidade' da versão criança foram acrescentados ao espelho da versão adulta, sendo essa configuração a utilizada para as análises deste estudo.¹⁸ Ao todo, são 77 itens, divididos em oito componentes: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; coordenação – integração de cuidados –; coordenação – sistema de informações –; integralidade – serviços disponíveis –; integralidade – serviços prestados –; orientação familiar; e orientação comunitária.^{9,10} As respostas aos quesitos foram estruturadas seguindo uma escala do tipo Likert, em que foram atribuídos escores no intervalo de 1 a 4 para cada atributo: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim.¹⁸ Para obter o escore da qualidade da APS, calculou-se a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão. Nesta análise, optou-se por não subdividir os componentes 'coordenação' e 'integralidade' da APS, recalculando-se todos os escores para os seguintes atributos: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; e orientação comunitária.

A fim de possibilitar análises mais detalhadas, foram criados outros escores com base nos atributos supracitados.¹⁸ O escore 'Essencial' foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore 'Derivado' foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o escore 'Geral' da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e derivados. O valor obtido para esses escores foi, então, convertido para uma escala de 0 a 10, utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

Os dados referentes à AMQ advêm da aplicação dos instrumentos 4 e 5, destinados aos profissionais da ESF, e contemplam as subdimensões referentes à

organização do trabalho, participação comunitária e controle social das ações em saúde, vigilância e atenção à saúde. O instrumento 4 é composto por 70 padrões, que são níveis de referência de qualidade a serem atingidos pela ESF, e o instrumento 5 é composto por 90 padrões, totalizando 160 itens.²³

Para analisar a concordância entre os instrumentos, fez-se necessária a categorização dos padrões da AMQ segundo os atributos essenciais e derivados da APS definidos por Starfield, excetuando-se o atributo 'competência cultural' e os padrões da AMQ referentes a resultados, já que esses aspectos não são avaliados na versão para profissionais do PCATool – Brasil.^{9,10} Esse processo de classificação foi realizado por dois autores do 'Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – *Primary Care Assessment Tool*, PCATool-Brasil'.⁹ Como a AMQ é composta por padrões categóricos do tipo 'Sim' ou 'Não', foi atribuído aos itens positivos o valor 1 e às respostas negativas o valor 0.

Considerando que a aplicação do PCATool no município de Curitiba-PR definiu as unidades básicas de saúde (UBS) como unidades de análise, tornou-se necessário estimar as médias de pontuação de cada um dos padrões da AMQ por UBS, já que várias das equipes da ESF funcionam, simultaneamente, em uma mesma UBS.¹⁸ A partir dessas médias, foram calculados escores referentes a 37 UBS para cada um dos seis atributos restantes: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; e orientação comunitária. Esses escores foram calculados dividindo-se a soma das médias de cada um dos padrões distribuídos por atributo da APS pelo número de padrões por atributo, de acordo à seguinte fórmula:

$$\text{Atributo X} = \frac{\text{soma das médias dos padrões do atributo X}}{\text{número de padrões do atributo X}}$$

Além dos cálculos realizados por atributos, foram elaborados os escores geral, essencial e derivado, da mesma forma como foi feito com os dados obtidos mediante a aplicação do PCATool. Como a escala de resposta da AMQ é dicotômica e os dados do PCATool estão em escala Likert de 4 pontos, optou-se pela análise dos dados do PCATool de forma dicotomizada, com o intuito de diminuir as diferenças. Logo, as respostas 1 e 2 (respectivamente: com certeza não; e

provavelmente não) foram ajustadas para uma única resposta, 0 (zero); o mesmo foi feito para as respostas 3 e 4 (respectivamente: provavelmente sim; e com certeza sim), que foram ajustadas para a resposta 1.

Após esse processo de categorização e ajuste das escalas, foram realizadas as médias por atributo da AMQ e do PCATool para cada UBS, sendo avaliada a presença de concordância entre os dois constructos pelo método de Bland-Altman.^{25,26} Essa metodologia parte da visualização de um gráfico de dispersão entre a diferença de dois valores e a média entre eles. Nesse tipo de gráfico, é possível visualizar o viés (o quanto as diferenças se afastam do valor zero), o erro (a dispersão dos pontos das diferenças ao redor da média), além de *outliers* e tendências. Assim, quando prevalece a hipótese nula ($p > 0,05$), sugere-se concordância entre os resultados. A hipótese de o viés ser ou não igual a zero foi verificada pelo teste *t* de Student para amostras emparelhadas, com distribuição normal, e pelo teste de Wilcoxon quando a distribuição normal não foi observada. Ademais, o método permite estabelecer limites de concordância entre medidas realizadas utilizando-se dois métodos diferentes. Esses limites representam a região em que se encontram 95% das diferenças nos casos estudados.^{25,26} As análises foram realizadas pelo programa SPSS, versão 18, e pelo programa R, versão 2.12.1. Foi adotado o nível de significância 5%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR (Protocolo nº 32/2010). De acordo com os preceitos éticos assumidos, manteve-se a confidencia-

lidade dos dados secundários obtidos, garantindo-se a não identificação dos participantes e das unidades de saúde.

Resultados

Na categorização dos padrões da AMQ, baseados nos atributos essenciais e derivados da APS de Starfield, 24 itens foram excluídos. Destes, 22 eram referentes a resultados e 2, à malária, que não está presente na região de Curitiba-PR.^{9,10}

Na Tabela 1, é possível constatar as diferenças substanciais na distribuição dos itens por atributo da APS, entre os instrumentos. Na Tabela 2, é possível observar diferença – exceto no atributo ‘integralidade’ – na avaliação dos atributos essenciais da APS entre os instrumentos utilizados; notadamente em relação ao ‘acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde’, com os escores da AMQ sempre mais altos. Entre os atributos derivados, a situação foi inversa com as equipes apresentando melhor desempenho na avaliação pelo PCATool.

Como observado na Tabela 2, houve concordância para os atributos ‘integralidade’ ($p=0,190$) e ‘orientação familiar’ ($p=0,084$), representada por valores de $p > 0,05$ no teste *t* de Student e no teste de Wilcoxon. Não houve concordância para os atributos ‘acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde’ ($p < 0,001$), ‘longitudinalidade’ ($p < 0,001$), ‘coordenação do cuidado’ ($p < 0,001$) e ‘orientação comunitária’ ($p < 0,001$), sugerindo não haver equivalência entre os dois instrumentos.

Tabela 1 - Distribuição do número de itens por atributo, após categorização dos padrões da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) segundo atributos essenciais e derivados da Atenção Primária à Saúde de Starfield constantes no *Primary Care Assessment Toll* (PCAToll)

Atributos	AMQ	PCATool ^a
Acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde	14 (10,3%)	9 (11,7%)
Longitudinalidade	20 (14,7%)	13 (16,9%)
Coordenação	18 (13,2%)	9 (11,7%)
Integralidade	51 (37,5%)	37 (48,1%)
Orientação familiar	2 (1,5%)	3 (3,9%)
Orientação comunitária	31 (22,8%)	6 (7,8%)
TOTAL	136 (100,0%)	77 (100,0%)

a) PCATool: Primary Care Assessment Tool

Tabela 2 - Comparação entre os valores dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde obtidos mediante a aplicação do Primary Care Assessment Tool (PCATool) e dos escores elaborados a partir da categorização dos dados da Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) coletados no município de Curitiba, Estado do Paraná, Brasil, 2008

Atributos	PCATool		AMQ		Diferença ^a		Valor p
	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	\bar{X}	DP	
Acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde	4,08 (1,11)		8,90 (0,75)		4,83 (1,29)		<0,001 ^b
Longitudinalidade	7,70 (0,85)		8,58 (1,11)		0,89 (1,34)		<0,001 ^c
Coordenação	8,14 (0,55)		8,83 (0,84)		0,69 (0,93)		<0,001 ^c
Integralidade	8,38 (0,47)		8,57 (0,98)		0,19 (0,87)		0,190 ^c
Orientação comunitária	8,94 (0,68)		8,17 (1,18)		-0,77 (1,22)		<0,001 ^c
Orientação familiar	9,76 (0,42)		9,28 (1,43)		-0,48 (1,55)		0,084 ^b
Escores							
Essencial	7,09 (0,41)		8,72 (0,76)		1,65 (0,71)		<0,001 ^c
Derivado	9,35 (0,41)		8,73 (1,09)		-0,61 (1,20)		= 0,009 ^b
Geral	7,84 (0,34)		8,72 (0,85)		0,89 (0,81)		<0,001 ^c

a) Diferença média (viés) entre os resultados dos dois instrumentos pelo método Bland-Altman.

b) Significância estatística pelo teste Wilcoxon para amostras emparelhadas.

c) Significância estatística pelo teste t de Student para amostras emparelhadas.

Discussão

Partindo dos dados coletados no município de Curitiba-PR em 2008, o estudo evidenciou baixa concordância entre os escores obtidos pela AMQ e pelo PCATool, apesar de ambos enfocarem aspectos avaliativos relacionados a estrutura e processo dos serviços de saúde, assim como foi proposto por Donabedian.¹¹ Este estudo não objetivou avaliar sua adequação e sim analisar a existência de concordância entre os escores obtidos. Buscou-se desenvolver uma estratégia para avaliar os atributos da APS mediante o uso do instrumento AMQ, contribuindo, assim, para a identificação de novos potenciais de uso de uma ferramenta desenvolvida e utilizada pelo Ministério da Saúde desde 2006.

Apesar do esforço para o desenvolvimento de instrumentos de aplicabilidade nacional, observa-se que a abrangência dessas avaliações, inclusive da AMQ, ainda é limitada.²⁴ Reflete-se, assim, a não institucionalização da cultura da avaliação, cujas causas podem estar relacionadas a duas ordens de dificuldades: seja para se chegar a um consenso sobre a pertinência dos resultados produzidos, seja para se utilizar desses mesmos resultados nos processos decisórios.⁷

Nesse contexto, Curitiba-PR apresentou uma situação privilegiada por se tratar de município de grande

porte, dotado de um sistema de gestão da Saúde bastante desenvolvido, com grande investimento em APS e em sistemas de informações, que permitiram a avaliação e monitoramento de indicadores.²⁷ Desde o início do uso da AMQ, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR aplica o instrumento anualmente, na maioria das equipes da ESE, sendo o município com o maior número de equipes avaliadas em todo o país. Essas condições possibilitaram a estes pesquisadores o acesso a dados com maior homogeneidade e qualidade, para a realização do estudo, o que aumentou sua confiabilidade interna. Outro aspecto crucial foi a existência do estudo de Chomatas, que aplicou o PCATool – versão profissionais para a maioria dos médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Curitiba-PR.¹⁸

A comparação entre os valores dos atributos em cada instrumento (Tabela 2) evidencia escores mais altos para a AMQ, à exceção dos atributos derivados. As maiores diferenças foram encontradas nos atributos 'longitudinalidade', 'coordenação do cuidado', 'orientação comunitária' e 'acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde', sendo a maior disparidade encontrada neste último. Na avaliação pelo PCATool, o atributo 'acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde' apresenta seu pior desempenho, o que está em conformidade com

vários estudos transversais nacionais que utilizaram esse instrumento.¹⁸⁻²¹ Outrossim, também está em consonância com outras pesquisas qualitativas que apontam insatisfação e limitação do acesso às unidades básicas de saúde.^{28,29}

Na avaliação da AMQ, o 'acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde' obtém um alto escore, condição que pode estar relacionada a percepções diferentes sobre o conceito de acesso, pelos instrumentos pesquisados. Outra possível justificativa, que cabe aos demais atributos, decorre do fato de parte dos padrões de análise da AMQ serem baseados em aspectos normativos da Política Nacional da Atenção Básica, que condicionam o financiamento e o processo de trabalho dos profissionais e gestores do sistema de saúde.^{23,30} Dessa forma, mesmo com os cuidados metodológicos utilizados na AMQ, como a livre adesão pelos gestores e a ausência de incentivos e sanções relacionadas aos resultados, pode haver uma superestimação dos escores, especialmente quando se trata de padrões de respostas dicotômicos, nos quais a avaliação negativa do padrão traria a percepção de ineficiência total da equipe para implementar mudanças em seu território.²³

A utilização de dados secundários não possibilitou o uso das equipes como unidades de análise, limitando o número de comparações possíveis. Ressalta-se que a AMQ foi aplicada em uma amostra por conveniência, pela razão de que um de seus princípios é a adesão voluntária e que o PCATool foi aplicado a 72% dos profissionais elegíveis, podendo os dados não serem representativos da realidade curitibana. Ademais, os instrumentos utilizam estratégias diferentes para a coleta da informação, sendo a AMQ aplicada à equipe e o PCATool aplicado aos médicos e enfermeiros individualmente, o que pode interferir no processo de aferição, ainda que se trate do mesmo objeto de análise. As escalas de respostas utilizadas são diferentes, já que o PCATool utiliza uma escala do tipo Likert, e a AMQ, um padrão de respostas dicotômicas.^{18,23} Outras limitações metodológicas referem-se à diferença entre os métodos, o que não permitiu um emparelhamento exato das amostras para a análise; além da realização do estudo em apenas um município, fato que limitou a possibilidade de extrapolação para outros cenários.

De acordo com os resultados apresentados, a concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool foi elevada para os atributos integralidade, orientação familiar e derivado, todavia, foi baixa para os demais.

Dessa forma, os achados deste estudo sugerem não ser possível a utilização dos padrões do AMQ como forma de mensurar todos os atributos da APS definidos por Starfield, diferentemente do PCATool, já validado nacionalmente para esse fim.^{9,10} Em relação à AMQ, não obstante ter sido elaborada e validada em um amplo processo, no qual foi avaliada sua relevância, confiabilidade e mensurabilidade, inexistem estudos que apontem associação entre altos escores na AMQ e desfechos positivos em saúde.¹⁹ Assim, recomenda-se estudos subsequentes de base populacional que permitam menor agregação das informações e a aferição da associação entre melhor avaliação da Atenção Primária em Saúde pela Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ – e resultados em saúde.

Conflitos de interesses

Os autores Harzheim E e Hauser L participaram, como autores, de estudos que utilizaram o PCATool e da elaboração do 'Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – Primary Care Assessment Tool, PCATool-Brasil'.

Os demais autores não apresentam conflitos de interesse.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba-PR, pela oferta de campo de pesquisa, especialmente pela cessão dos dados referentes à Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família – AMQ.

Contribuições dos autores

Figueiredo AM participou da concepção do estudo, da revisão da literatura, construção e revisão da base de dados, análise dos resultados, construção das tabelas e redação do texto.

Kuchenbecker RS e Harzheim E participaram da concepção do estudo, análise e discussão dos resultados.

Vigo A e Lisiane Hauser L participaram da análise estatística e da discussão dos resultados.

Chomatas ERV participou da pesquisa que gerou os dados secundários utilizados neste estudo.

Todos os autores realizaram a revisão da versão final do manuscrito.

Referências

1. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acessado em 05 mar. 2011]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>
2. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health problem on infant mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health*. 2009; 99(1):88-93.
3. Guanais FC, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2):115-122.
4. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60:13-19.
5. Macinko J, Souza MFM, Guanais FC, Simões CCS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science & Medicine*. 2007; 65:2070-2080.
6. Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
7. Contrandopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):705-711.
8. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):711-24.
9. 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, DF: Ministério da Saúde; 2010. [acessado em 5 ago 2010]. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrumento_avaliacao.pdf
10. Starfield B, Shi L. Manual for the primary care assessment tools. Baltimore: Johns Hopkins University; 2009 [acessado em 20 jul. 2010]. Disponível em http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83(4): 691-729.
12. Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenbergh LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000; 105:998-1003.
13. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*. 2001; 50:161-175.
14. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International Journal of Healthcare Technology and Management*. 2009; 21:103-111.
15. Passarin MI, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. A tool to evaluate primary health care from the population perspective. *Atención Primaria*. 2007; 39(8):395-403.
16. Pongpirul K, Starfield B, Srivarnichakorn S, Pannarunothai S. Policy characteristics facilitating primary health care in Thailand: a pilot study in transitional country. *International Journal for Equity in Health*. 2009;8:8.
17. Almeida C, Macinko J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
18. Chomatas ERV. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008 [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
19. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre, Brasil. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
20. Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.
21. Stralen CJV, Belisário AS, Stralen TBSV, 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. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24 Supl 1:S148-158.
22. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. Cadernos de Saúde Pública. 2008; 24(9):2091-2102.
23. Ministério da Saúde. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
24. Ministério da Saúde. O que é AMQ?. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acessado em 2 fev. 2011]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/proesf/docs/geral/4-OficinaSGP2-AMQ.pdf>.
25. Altman DG, Bland JM. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet. 1986; 1:307-310.
26. Hirakata VN, Camey SA. Análise de concordância entre métodos de Bland-Altman. Revista HCPA. 2009; 29(3):261-268.
27. Ribeiro EM, Chomatas ERV, Neto MC. Integralidade e redes de atenção básica e saúde da família: a experiência do município de Curitiba-PR. In: Fernandes AS, Seclen J. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2004.
28. Marques GQ, Lima MADS. Demandas de usuários a um serviço de pronto-atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2007; 15(1):13-19.
29. Azevedo ALM. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada [Dissertação de Mestrado]. Recife: Fiocruz; 2007.
30. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Recebido em 22/06/2012

Aprovado em 07/03/2013