

Construindo capacidade de avaliação da qualidade na atenção básica: a experiência do Recife Monitora.

Caio Leite Rabelo, Agatha Eleone Borges

RESUMO

Este artigo é um relato da experiência do município do Recife e do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) com o desenho e a implementação do Recife Monitora, sistema de avaliação da qualidade de periodicidade definida e fundamentado nos atributos da atenção básica. São descritos o processo de discussão e o arcabouço teórico que balizaram a construção do sistema. Posteriormente, as fases e os três eixos avaliativos do Recife Monitora e os parâmetros de avaliação usados para certificar as equipes participantes. Por último, são feitas considerações a respeito do programa e com desafios a serem superados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação da Qualidade

ABSTRACT

This article is an account of the experience of the municipality of Recife and the Institute for Health Policy Studies (IEPS) with the design and implementation of Recife Monitora, a quality assessment system of defined periodicity and based on primary care attributes. The discussion process and the theoretical framework that guided the construction of the system are described. Subsequently, the phases and the three evaluation axes of Recife Monitora and the evaluation parameters used to certify the participating teams are described. Finally, considerations are made regarding the program and the challenges to be overcome.

Keywords: Primary Health Care, Quality Evaluation

Revista da Rede APS 2023

Publicada em: 14/06/2023

DOI:10.14295/aps.v5i1.276

Agatha Eleone Borges
(Instituto de Estudos para
Políticas de Saúde (IEPS), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil)

Caio Leite Rabelo
(Instituto de Estudos para
Políticas de Saúde (IEPS),
Recife, PE, Brasil)

Correspondência para:

Agatha Eleone Borges
agatha.eleone@ieps.org.br

Submissão recebida em 30 de maio de 2023.
Aceito para publicação em 09 de junho de 2023.
Aprovado pela editoria científica

INTRODUÇÃO

Como instituir sistemas de monitoramento e avaliação da qualidade na atenção básica? Há evidência de que esses sistemas podem alavancar a qualidade dos serviços e os resultados finalísticos (RUSSO et al., 2021; SOARES; RAMOS, 2020) como as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Contudo, sistemas de monitoramento e avaliação instituídos em uma lógica “top down” (SABATIER, 1986) como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) podem enfrentar problemas de legitimidade e implementação, tais como “a rotatividade dos profissionais, a falta de apoio institucional, a falta de apoio dos gestores e a carência em ações de educação permanente”, ou ainda “a falta de espaços para devolutiva dos dados, e a possibilidade de mascaramento das ações nas equipes.” (MURAMOTO, 2017).

Este artigo é um relato da experiência do município do Recife e do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) com o desenho e a implementação do Recife Monitora, sistema de avaliação da qualidade de periodicidade definida e fundamentado nos atributos da atenção básica (STARFIELD, 1998). Em primeiro lugar, descreveremos o processo de discussão e o arcabouço teórico que balizaram a construção do sistema; em segundo lugar, descrevemos as fases e os três eixos avaliativos do Recife Monitora; em terceiro lugar, falamos sobre os parâmetros de avaliação usados para certificar as equipes participantes; por fim, tecemos considerações a respeito do programa e delineamos desafios.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura com as principais referências teóricas no tema da qualidade na atenção básica. Em paralelo, foram criados dois grupos de trabalho: o primeiro reunindo Apoiadores de Território do município do Recife e o segundo com a presença da Gerência Geral de Tecnologia da Informação, sempre com apoio dos representantes do IEPS. Também foram

realizados 02 grupos focais com profissionais de saúde para avaliar a factibilidade das perguntas avaliativas do Eixo 1. Para normatizar o Recife Monitora, redigiu-se um Manual de Avaliação da Qualidade contendo todos os parâmetros, indicadores e eixos avaliativos do programa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desenho do programa e arcabouço teórico

O Recife Monitora é o resultado de um Acordo de Cooperação Técnica firmado no ano de 2021 entre o IEPS e a Secretaria de Saúde do Recife. Após a assinatura do Acordo, fez-se necessário entender as principais necessidades da gestão, profissionais e usuários na construção de um sistema de avaliação de qualidade através de oficinas diagnósticas, desenvolvendo um grupo de trabalho específico para discutir a literatura, os sistemas de qualidade já existentes e a sua aderência à realidade local. A primeira tarefa do grupo de trabalho foi, portanto, estabelecer as prioridades do Recife Monitora, como explicitadas na nuvem de palavras abaixo:

Como podemos observar, há uma saliência importante para as palavras “processo”, “atributos”, “APS”, “estimular”, “atores”, “relação”, “olhar/vista”, “envolvidos”. Tanto pela nuvem de palavras quanto pelas falas nas oficinas diagnósticas que precederam a criação do grupo de trabalho do Recife Monitora, podemos entender que os gestores locais já possuíam uma predileção pelo conteúdo do trabalho de Starfield (1998), considerando essencial a observância dos atributos da atenção básica, sabidamente Acesso de primeiro contato, Coordenação do Cuidado, Integralidade, Longitudinalidade, Orientação Familiar, Orientação Comunitária e Competência Cultural. Há também uma preocupação evidente em tornar o Recife Monitora “estimulante” e “provocador” de mudanças no “processo” de trabalho, envolvendo todos os “atores” (gestão, profissionais e usuários) na avaliação da qualidade da Atenção Básica.

comunicativos e relacionais da conduta dos profissionais de saúde.

Fases e Eixos avaliativos do Recife Monitora

Após o estudo desses instrumentos e ferramentas, a próxima etapa na concepção do programa Recife Monitora foi o estabelecimento das fases do programa e os eixos avaliativos, derivados da compreensão das necessidades locais e da temporalidade necessária para implementação do programa. A primeira fase do programa é o ‘Pacto pela

Qualidade’, abrangendo o diálogo entre a gestão, equipes de saúde e entidades ligadas ao controle social para firmar os compromissos necessários à efetivação dos ciclos avaliativos do Recife Monitora. Ademais, na fase do ‘Pacto pela Qualidade’, está prevista a divulgação de todos os eixos a serem avaliados, as perguntas e indicadores associados aos eixos, a periodicidade quadrimestral dos ciclos avaliativos e os critérios para certificação das equipes.

Gráfico 2: Representação das fases de implementação do Recife Monitora na rede de atenção básica



Fonte: Elaboração própria.

A ‘Avaliação de Qualidade’, segunda fase do programa, é o período em que são coletados os dados para avaliação das equipes de saúde da família. Para instituir esta fase do programa, foi necessário criar a plataforma online do Recife Monitora em parceria com a Gerência Geral de Tecnologia da Informação (GGTI) da Secretaria de Saúde do Recife. A plataforma online comporta todos os recursos necessários à execução dos ciclos avaliativos - tanto as perguntas avaliativas dos eixos 1 e 2, quanto os indicadores do eixo 3, como descritos abaixo, na Tabela 1.

Como é possível perceber, os eixos avaliativos foram concebidos para contemplar as

necessidades elencadas por gestores e também o arcabouço teórico dos instrumentos de avaliação de qualidade estudados pelo grupo de trabalho. No que diz respeito ao Eixo 1, optou-se por dividir as perguntas avaliativas em três estágios, chamados de Blocos A, B e C. Nos Blocos A e B, a resposta dada pelos profissionais de saúde dentro da plataforma e pode variar dentro de uma escala concordância de quatro valências - “Concordo totalmente”, “Concordo parcialmente”, “Discordo parcialmente” e “Discordo totalmente”. No Bloco C, as respostas dos profissionais são majoritariamente dicotômicas, variando entre “Sim” e “Não”.

Tabela 1: Descrição dos Eixos avaliativos e quantidade de perguntas/indicadores do Recife Monitora

Eixos da avaliação	Aspectos avaliados	Origem do dado	Quantidade de perguntas/indicadores
Eixo 1: Avaliação da qualidade por equipes	Bloco A - Avaliação das relações de trabalho	Resposta individual do profissional de saúde na plataforma	32 perguntas
	Bloco B - Avaliação de ações e processos	Resposta da equipe de saúde em conjunto na plataforma	55 perguntas
	Bloco C - Avaliação da estrutura da AB	Resposta de todas as equipes da Unidade de Saúde em conjunto na plataforma	38 perguntas
Eixo 2: Avaliação da satisfação dos usuários	Avaliação da equipe por usuários Avaliação da satisfação do usuário	Respostas dos usuários via Formulário de avaliação acessado por Whatsapp ou QR Code na Unidade de Saúde	6 perguntas
Eixo 3: Avaliação do desempenho das equipes	Painel de indicadores de saúde definidos pela SEAB	Sistemas de informação da atenção básica	11 indicadores

Fonte: elaboração própria.

O Bloco A se refere ao impacto das seis dimensões da experiência do trabalho de cada profissional, consideradas pela Work Experience Measurement Scale (NILSSON, 2010) e se destina a avaliar o impacto dessas dimensões na rotina e convivência das equipes. As seis dimensões são: i) ambiente de trabalho acolhedor; ii) experiência interna de trabalho; iii) autonomia do trabalhador/equipe; iv) experiência de tempo; v) liderança; e vi) processo de mudança. Para operacionalizá-lo,

traduziu-se a WEMS para o português e foram realizados grupos focais com equipes de saúde da família para avaliar a manutenção das propriedades psicométricas da escala original, uma vez que a WEMS usa originalmente uma escala de concordância de 6 valências. Um exemplo das perguntas do Bloco A está na Tabela 2, abaixo:

Tabela 2: Exemplo de perguntas avaliativas do Bloco A do Recife Monitora

Ambiente de trabalho acolhedor
Me sinto encorajado (a) e apoiado (a) pelos colegas imediatos no trabalho
Existe um bom clima no meu ambiente de trabalho
Acredito que as rotinas de trabalho funcionam bem
Recebo retornos (feedback) sobre o trabalho que realizo

Estou contente em relação ao meu trabalho
Sinto que a gestão investe na minha saúde
Quando necessário, recebo conselhos e ajuda dos meus colegas imediatos

Fonte: elaboração própria.

O Bloco B foi desenvolvido tendo como inspiração o PMAQ e o PCATool, mas considerando também as necessidades de avaliação locais explicitadas pelos gestores que compuseram o grupo de trabalho do Recife Monitora. Tendo o PCATool como inspiração, foi mantida a divisão das perguntas avaliativas com foco nos atributos essenciais e derivados da atenção básica. Ao todo, foram idealizadas 10

perguntas para as seções dos atributos essenciais (Acesso, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Integralidade, excluindo sub-itens) e 5 perguntas para as seções dos atributos derivados (Orientações Familiar/Comunitária e Competência Cultural). Um exemplo das perguntas avaliativas do Bloco B, está abaixo, na Tabela 3:

Tabela 3: Exemplo de perguntas avaliativas do Bloco B do Recife Monitora.

Acesso
Há um número de telefone ou contato de ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) o qual usuários possam contatar, quando necessário
Existem profissionais capacitados na equipe para acolher pessoas com deficiência na unidade *ex.: formação em LIBRAS, lidar com pessoas com mobilidade reduzida
A equipe se organiza para manter ações no território mesmo quando existem barreiras geográficas* *Escadarias, ruas sem calçamento, ruas íngremes, morros, ladeiras, áreas de alagamento, etc.
A equipe responde às necessidades dos usuários em tempo adequado
A equipe discute regularmente as demandas mais frequentes da unidade, estabelecendo protocolos e padrões para esses casos
A equipe utiliza protocolos para classificar o risco de demandas espontâneas
Quando um usuário busca atendimento por parte da equipe:
i) ele (a) é ouvido (a) no mesmo dia em que busca o atendimento
ii) ele é atendido (a) ou tem um atendimento agendado/programado no mesmo dia em que busca o atendimento
Todos os membros da equipe conhecem seu território de abrangência
A organização da agenda semanal da equipe contempla/considera:
i) a demanda espontânea
ii) a demanda programada
iii) visitas domiciliares
iv) atendimentos domiciliares

v) educação permanente e continuada
vi) atividades administrativas
vii) grupos e atividades coletivas
A equipe considera a estratificação de risco dos usuários para marcação de consultas de revisão/rotina

Fonte: elaboração própria.

Para completar o Eixo 1 da avaliação com o Bloco C, o grupo de trabalho desenvolveu perguntas referentes aos aspectos estruturais que influenciam o trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município, considerando componentes como os

mecanismos para oferecer acesso ao atendimento, exemplificados abaixo na Tabela 4:

Tabela 4: Exemplo de perguntas avaliativas do Bloco C do Recife Monitora.

Mecanismos para oferecer acesso ao atendimento
A unidade possui número de telefone fixo ou celular próprio em funcionamento?
As acomodações de espera são confortáveis e espaçosas?
A unidade possui mapa do território de abrangência das equipes visível para profissionais e usuários? <i>(Sinalização ou representação gráfica de áreas de risco, barreiras geográficas, grupo de maior risco e vulnerabilidade no território)</i>
A unidade possui sala de situação para verificação de indicadores de saúde do território?
As equipes da unidade realizam atividades em horário reduzido em virtude da vulnerabilidade do território?
As equipes realizam atividades durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde (incluindo horário de almoço)?
Informe se os itens abaixo representam dificuldade ou barreira de acesso para os usuários no entorno imediato da unidade. i) escadarias ii) ruas sem calçamento iii) ruas íngremes, ladeiras iv) áreas de alagamento v) espaços descobertos na unidade (sem telhado ou cobertura)
A unidade dispõe de: i) Sinalização tátil ii) Cadeira de Rodas iii) Estruturas para pessoas com deficiência física/mobilidade reduzida iv) Espaço coberto, exclusivo para recepção e espera, com assentos em número compatível com a demanda esperada

Fonte: elaboração própria.

Visando avaliar a percepção dos usuários sobre os serviços da atenção básica, o grupo de trabalho do Recife Monitora desenvolveu o Eixo 2 do instrumento de qualidade, que combina

elementos do Patient Doctor Relationship Questionnaire (RIDD et al., 2009) com o NPS Score (KROL et al., 2015). Para tornar a avaliação dos usuários mais atinente à lógica da atenção

básica, o grupo de trabalho optou por colocar as perguntas avaliativas fazendo referência à equipe pela qual a pessoa usuária é atendida, englobando na avaliação os principais atributos da atenção básica. A valência das respostas pode ir de 1 até 10, conforme preconizado pelo NPS Score, e para auxiliar o entendimento do

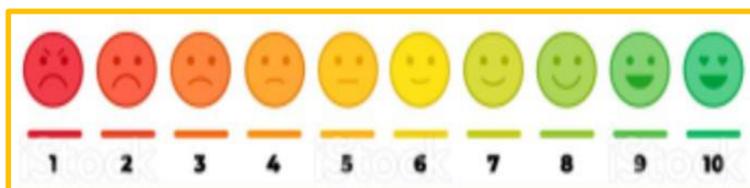
usuário, há representações pictóricas de rostos humanos em escala de satisfação. As perguntas e as representações pictóricas podem ser visualizadas na Tabela 5 e no Gráfico 3, abaixo:

Tabela 5: Perguntas avaliativas do Eixo 2 do Recife Monitora.

Aspecto avaliado	“Diga o quanto você concorda com cada uma dessas frases”
Acesso	"É fácil ter acesso a minha equipe de saúde quando tenho um problema"
Integralidade	"Minha equipe conversa comigo sobre o que é necessário para manter minha saúde"
Longitudinalidade	"Confio na minha equipe para falar sobre a minha vida"
Atributos derivados <i>Competência cultural</i> <i>Orientação familiar</i> <i>Orientação comunitária</i>	"Minha equipe conhece os problemas da minha família"
Satisfação com o Atendimento	"Estou satisfeito com meu atendimento nesta unidade de saúde"
Satisfação com a Receptividade	"Sou bem recebido nesta unidade de saúde"

Fonte: elaboração própria.

Gráfico 3: Representações pictóricas da satisfação do usuário com o serviço.



Para operacionalizar este Eixo, a Gerência Geral de Tecnologia da Informação e a Empresa Municipal de Informática do Recife disponibilizaram duas plataformas onde os usuários podem avaliar suas equipes e seus atendimentos: via QR Code impresso e colado na ambiência da Unidade de Saúde da Família ou através de disparos no WhatsApp, acionados a cada vez que a pessoa usuária acessa a unidade de saúde.

O Eixo 3 completa o momento de ‘Avaliação da Qualidade’ ao computar os dados de produção e os indicadores aferidos ao nível de cada equipe de saúde da família do Recife. Estes indicadores são principalmente aqueles definidos pela Portaria nº2.979 de novembro de 2019, que estabeleceu o programa Previne Brasil, mas gestores locais sentiram a necessidade de incluir outros indicadores para atender às especificidades e prioridades do município, conforme a Tabela 6 a seguir:

Tabela 6: Indicadores do Eixo 3 do Recife Monitora.

Tema	Subtema	Indicador
Ciclos de vida	Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação
		Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV
		Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado
	Saúde da Mulher	Proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS
	Saúde da Criança	Proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada
Condições de Saúde	Doenças Crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre
		Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre
Atributos da AB	Capitação ponderada	Proporção de cadastro da população adscrita
	Atendimentos	Percentual de alcance da meta de consultas realizadas pelos profissionais médico, enfermeiro e dentista
	Visitas domiciliares	Proporção de pessoas visitadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) do total de pessoas cadastradas
Condições de Saúde	Procedimentos	Proporção de casos novos de Tuberculose testados para HIV

Fonte: elaboração própria.

No final de cada quadrimestre, os dados aferidos por todos os eixos avaliativos são quantificados, ponderados e convertidos para um sistema de pontuação que avalia as equipes de saúde da família do município de 0 até 1000 pontos, iniciando a fase de ‘Certificação’, como descrita pelo Gráfico 2. Neste sistema, a pontuação máxima para os Eixos 1 e 2 é de 200 pontos. Para o Eixo 3, a pontuação máxima é de 600 pontos, de acordo com definição de gestores locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, a plataforma online do Recife Monitora foi testada em caráter experimental em 22 Unidades de Saúde da Família da rede de atenção básica, com previsão de finalizar o primeiro ciclo avaliativo em todas as 132 Unidades de Saúde da Família do Recife no mês

de setembro de 2023. Também foram realizados grupos focais em 2 USFs para apurar com maior atenção como os profissionais de saúde compreendem as perguntas e indicadores propostos. Nos grupos focais, também foram coletadas sugestões dos profissionais sobre a grafia e conteúdo das perguntas, além de questionamentos sobre as propriedades psicométricas das escalas de valência.

A grande vantagem do programa é a sua característica “bottom up” (SABATIER, 1986), ou seja, ter buscado construir as perguntas avaliativas, os parâmetros e os indicadores com a participação de gestores e profissionais que conhecem o cotidiano das equipes de saúde da família. Outra vantagem na construção do Recife Monitora foi o período de discussão teórica de outros instrumentos de qualidade por parte do

grupo de trabalho instituído pela Secretaria de Saúde do Recife. Com essa discussão, foi possível realizar um ajuste fino entre as necessidades do município, os instrumentos validados e a usabilidade da plataforma por gestores, profissionais e usuários.

Como desafios e pontos de melhoria, ainda resta averiguar a factibilidade (HARZHEIM et al., 2013) e a usabilidade da plataforma por usuários e profissionais. Apesar da realização dos grupos focais com profissionais, apenas a avaliação estatística de grandes quantidades de dados geradas pelas equipes e usuários poderá atestar a factibilidade do Recife Monitora. Caso esta não seja verificada, a própria arquitetura da plataforma online permitirá aos gestores locais reformular perguntas e indicadores avaliativos e aperfeiçoar o Programa.

REFERÊNCIAS

- BAEHRE, S. et al. Customer mindset metrics: A systematic evaluation of the net promoter score (NPS) vs. alternative calculation methods. *Journal of Business Research*, v. 149, p. 353–362, 1 out. 2022.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 23 set. 1988.
- FIGUEREDO, R. C. DE et al. Avaliação da atenção primária em saúde no Brasil: principais características, limitações e potencialidades entre PMAQ e PCATool. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e29311124395–e29311124395, 7 jan. 2022.
- HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 274–284, 8 nov. 2013.
- HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1189–1196, 6 abr. 2020.
- KROL, M. W. et al. The Net Promoter Score – an asset to patient experience surveys? *Health Expectations*, v. 18, n. 6, p. 3099–3109, 2015.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020.
- MURAMOTO, F. T. Repercussões da avaliação PMAQ-AB no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. text—[s.l.] Universidade de São Paulo, 5 set. 2017.
- NILSSON, P. Development and quality analysis of the Work Experience Measurement Scale (WEMS). *Work*, v. 35, n. 2, p. 153–161, 2010.
- RIDD, M. et al. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. *British Journal of General Practice*, v. 59, n. 561, p. e116–e133, 1 abr. 2009.
- RUSSO, L. X. et al. Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. *BMJ Global Health*, v. 6, n. 7, p. e005429, 1 jul. 2021.
- SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, v. 6, n. 1, p. 21–48, jan. 1986.
- SOARES, C.; RAMOS, M. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 126, p. 708–724, set. 2020.
- STARFIELD, B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. [s.l.] Oxford University Press, 1998.
- VIACAVA, F. et al. PROADESS: avaliação do desempenho do sistema de saúde. 2011.