

Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária

*Instrument for evaluating the actions of leprosy control in Primary Care
Instrumento para evaluación de las acciones de control de la lepra en Atención Primaria*

**Fernanda Moura Lanza^I, Nayara Figueiredo Vieira^I,
Mônica Maria Celestina de Oliveira^{II}, Francisco Carlos Félix Lana^{III}**

^I Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Saúde Coletiva. Porto Alegre-RS, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem,
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Submissão: 11-11-2013 **Aprovação:** 17-03-2014

RESUMO

O estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação das ações de controle da hanseníase na atenção primária na perspectiva dos agentes comunitários de saúde (ACS). Trata-se de um estudo metodológico para validação de instrumentos, fundamentado na Teoria Clássica dos Testes. O instrumento foi aplicado a 380 ACS de três municípios do estado de Minas Gerais, no período de julho a dezembro de 2012. Na etapa de validação de face e conteúdo foram reduzidos 17 itens do instrumento. A análise fatorial extraiu oito fatores que responderam por um percentual de 35,7% da variância total. A análise dos componentes principais permitiu a eliminação de oito itens que não apresentaram adequação aos fatores definidos. O alfa de Cronbach geral para os 57 itens foi de 0,858. Conclui-se que o instrumento é válido para avaliar o desempenho da atenção primária no controle da hanseníase segundo a experiência dos ACS.

Descritores: Hanseníase; Atenção Primária à Saúde; Avaliação dos Serviços; Questionário.

ABSTRACT

The study aimed to construct and validate an instrument to assess the leprosy actions control in primary care from the perspective of community health agents (CHA). This is a methodological study to validate instruments, based on the Classical Test Theory. The instrument was administered to 380 CHA of three municipalities in the state of Minas Gerais, in the period from July to December 2012. In the stage of face and content validity 17 items of the instrument were reduced. The factor analysis extracted eight factors that accounted for a percentage of 35.7% of the total variance. The principal components analysis allowed the elimination of eight items that showed no adaptation to the factors defined. The overall Cronbach alpha for the 57 items was 0.858. We conclude that the instrument is valid to evaluate the performance of primary care in leprosy control in the experience of ACS.

Key words: Leprosy; Primary Health Care; Health Services Evaluation; Questionnaires.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue construir y validar un instrumento para evaluar las acciones de control de la lepra en atención primaria desde la perspectiva de los agentes comunitarios de salud (ACS). Se trata de un estudio metodológico para validar instrumentos, basado en la Teoría Clásica de los Testes. El instrumento se aplicó a 380 ACS tres municipios del estado de Minas Gerais, en el período de julio a diciembre de 2012. En la etapa de validez aparente y de contenido fueron reducidos 17 ítems del instrumento. El análisis factorial extrae ocho factores que explicaron un porcentaje de 35,7% de la varianza total. El análisis de componentes principales permitió la eliminación de ocho ítems que no mostraron la adaptación a los factores definidos. El alfa de Cronbach global de los 57 ítems fue de 0,858. Llegamos a la conclusión de que el instrumento es válido para evaluar el desempeño de la atención primaria en el control de la lepra en la experiencia de los agentes comunitarios de salud.

Palabras clave: Lepra; Atención Primaria de Salud; Evaluación de Servicios de Salud; Cuestionarios.

AUTOR CORRESPONDENTE **Fernanda Moura Lanza** E-mail: fernandalanza@ufsj.edu.br

INTRODUÇÃO

Em 2012, foram diagnosticados 232.857 casos novos de hanseníase no mundo e o Brasil foi responsável por 14,3% (33.303) dessas notificações, sendo 63% de casos multibacilares e 6,7% diagnosticados com grau 2 de incapacidade física⁽¹⁾. De acordo com esse panorama, a hanseníase ainda se configura como um problema de saúde pública no país e um estudo de geoprocessamento dos casos notificados no país entre 2007 e 2009 delimitou a existência de 26 *clusters* correspondentes às áreas de maior risco⁽²⁾.

A principal estratégia brasileira para alcançar baixos níveis endêmicos da hanseníase baseia-se na organização de uma rede de atenção com a integração das ações de controle-deteccção oportuna de novos casos; tratamento com o esquema poliquimioterápico; prevenção de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares - na atenção primária à saúde (APS) e a manutenção da atenção especializada nos níveis secundário e terciário em razão do potencial incapacitante da doença⁽³⁾.

Como o Ministério da Saúde adotou a definição da atenção primária orientada pela presença dos atributos essenciais (acesso de primeiro contato e utilização; longitudinalidade; integralidade da atenção e coordenação) e dos derivados (orientação familiar e comunitária e competência cultural)⁽⁴⁾, espera-se que a realização das ações de controle da hanseníase (ACH) na APS deva estar intimamente relacionada com esses atributos.

No entanto, estudos realizados em uma microrregião do estado de Minas Gerais mostraram que a presença de unidades da atenção secundária não permitiu o envolvimento efetivo da atenção primária no controle da hanseníase; apontaram dificuldades da APS em incorporar práticas baseadas na vigilância à saúde para a realização das ACH e destacaram a atuação do agente comunitário de saúde (ACS) na abordagem coletiva desse agravo, com a realização de ações educativas, busca de sintomáticos dermatológicos, busca ativa dos faltosos ao tratamento e dos comunicantes e até mesmo a supervisão do tratamento poliquimioterápico⁽⁵⁻⁶⁾.

Considerando que a hanseníase ainda é um desafio em saúde pública no território brasileiro devido às altas taxas de detecção - com a existência de 26 *clusters* - e que a APS possui um papel de extrema importância para o controle da doença, torna-se necessário a utilização de instrumentos que permitam avaliar o alcance dessa estratégia. Starfield e colaboradores desenvolveram instrumentos para avaliar a presença e a extensão dos atributos essenciais e derivados da APS na atenção à saúde da criança⁽⁷⁾ e do adulto⁽⁸⁾, que inclusive possuem suas respectivas versões validadas para o contexto brasileiro⁽⁹⁻¹¹⁾. Dessa forma, torna-se importante a construção de um instrumento de avaliação baseado nos pressupostos dos atributos da APS e das ações de controle da hanseníase que são preconizadas pelo Ministério da Saúde para serem desempenhadas na APS.

O objetivo desta pesquisa foi construir e validar um instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase na perspectiva dos agentes comunitários de saúde, visando identificar os pontos fortes e

fracos e, conseqüentemente, qualificar a atenção prestada aos usuários deste nível do serviço.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico de construção e validação do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase - versão ACS”.

A construção do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi pautada no referencial dos atributos da APS⁽¹²⁾, das ações de controle da hanseníase preconizadas pelo Ministério da Saúde para serem desempenhadas na APS^(3,13) e das respectivas atribuições dos profissionais desempenhadas nesse nível de atenção⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Embora existam indicadores epidemiológicos e operacionais que permitam a análise do programa de controle da hanseníase (PCH)⁽³⁾, não há disponível na literatura uma ferramenta baseada nos atributos da atenção primária que permita avaliar o grau de orientação da APS para a realização das ACH. Dessa forma, para a construção da estrutura do instrumento (definição dos construtos e redação dos itens), levou-se em consideração o formato utilizado no instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT)^(7-11,16) e os documentos oficiais do Sistema Único de Saúde (SUS)^(3,13-15) para a formulação do conteúdo dos itens.

Os itens do instrumento foram alocados em oito domínios correspondentes aos atributos da APS⁽¹²⁾ (1. Porta de entrada; 2. Acesso; 3. Atendimento continuado; 4. Integralidade dos serviços - disponíveis e prestados; 5. Coordenação; 6. Orientação familiar e 7. Orientação comunitária) e ao atributo “formação profissional”⁽¹⁶⁾ (oitavo domínio), recomendado por autores para a primeira versão brasileira do PCAT, uma vez que os profissionais que atuam na APS brasileira possuem acesso a programas específicos de capacitação profissional promovido pelo SUS. Considerando que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde realizam periodicamente capacitações e atualizações em ações de prevenção e controle da hanseníase para os profissionais da APS, optou-se por incluir o domínio “orientação profissional” no “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase”.

Inicialmente, foram construídas três versões do instrumento, para gestores, profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e ACS) e usuários. Na primeira aplicação do instrumento versão profissionais para um ACS, verificou-se, durante o pré-teste, a inadequação dos itens dos domínios “Integralidade dos Serviços Prestados” e “Coordenação”, o que resultou na construção de um instrumento específico para esse profissional, originalmente composto por 82 itens. A modificação dos construtos citados acima foi pautada nas atribuições dos ACS recomendados pelo Ministério da Saúde^(14-15, 17).

Cada item do instrumento é respondido por meio de respostas do tipo Likert, com as seguintes opções: 1 (com certeza, não); 2 (provavelmente, não); 3 (provavelmente, sim); 4 (com certeza, sim); 9 (não sei/não lembro) e 88 (não se aplica). Foi utilizado as mesmas opções de respostas do instrumento PCAT crianças e adultos validados nos Estados Unidos da América e no Brasil⁽⁷⁻¹¹⁾. Para o cálculo dos escores

dos atributos da APS, será utilizado a mesma metodologia do PCAT-Brasil⁽¹¹⁾.

Etapas de validação do instrumento

A validação de face e conteúdo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” foi realizado por um painel de *experts*, que foram selecionados segundo os seguintes critérios: ter experiência mínima de um ano na gestão, ensino ou assistência em hanseníase (profissionais captados por indicação da coordenação do PCH do Estado de Minas Gerais) ou desenvolver pesquisas na área do conhecimento da hanseníase e/ou atenção primária à saúde (levantamento realizado na Plataforma Lattes). No total, o comitê de especialistas foi composto por 15 profissionais da área da saúde (três da gestão federal e estadual do programa de controle da hanseníase, sete professores universitários e cinco médicos e enfermeiros da atenção primária e secundária), sendo que sendo que 66,6% (n=10) possuem pós-graduação *stricto sensu* (oito doutores e dois mestres) e 26,7% (n=4) *lato sensu*. Essa avaliação ocorreu presencialmente e por *e-mail* nos meses de março e a abril de 2012.

Os *experts* avaliaram a adequação do item ao domínio proposto⁽⁹⁾ e a sua aplicabilidade para avaliar o desempenho da APS no controle da hanseníase. Porém, nenhum *expert* mencionou a inadequação do conteúdo e da linguagem do instrumento versão profissionais para os ACS, não conformidade evidenciada no pré-teste do instrumento no município de Betim (MG), realizado nos meses de junho e julho de 2012.

A versão do instrumento destinada aos ACS que foi aplicada no pré-teste – com alterações nos itens dos domínios “Integralidade dos Serviços Prestados” e “Coordenação” – não foi submetida à validação de face e conteúdo por especialistas. O pré-teste teve como objetivo avaliar as características do formato do instrumento, como a compreensão dos itens pelos participantes do estudo, e a adequação dos itens do instrumento de acordo com a versão proposta, além do tempo requerido para a sua aplicação. Para tal finalidade, participaram do estudo piloto 50 ACS, que foram orientados a responder as questões do instrumento baseados na realidade do cenário em que estavam inseridos.

Os dados para a validação de construto e confiabilidade foram coletados nos municípios de Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares, no período de julho a dezembro de 2012. Participaram desse estudo todos os agentes comunitários de saúde que atuam em serviços da Atenção Primária dos municípios de estudo, que possuem mais de um ano de atuação na atual microárea e que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada mediante uma entrevista, previamente agendada, no próprio ambiente de trabalho. A amostra foi composta por 380 ACS, sendo 54 do município de Almenara, 144 ACS de Teófilo Otoni e 182 do município de Governador Valadares.

Para a validação de construto foi utilizada a análise de fatores exploratória com o objetivo de identificar os agrupamentos das variáveis (construtos) e reduzir o conjunto de itens do instrumento a um tamanho que mantivesse o máximo de

informação possível⁽¹⁸⁾. Os procedimentos da análise fatorial exploratória foram: os *missings* (resposta 88) foram imputados pela média dos valores válidos; valor da medida de adequação amostral acima de 0,7 para confirmar a fatorabilidade dos dados; extração dos componentes principais com o método de extração *Varimax* (que tem o efeito de otimizar a estrutura do fator); foi determinada a extração de oito fatores levando em consideração o modelo teórico que guiou a formulação dos construtos do instrumento (oito atributos da APS: porta de entrada; acesso; atendimento continuado; integralidade dos serviços – disponíveis e prestados; coordenação; orientação familiar, comunitária e profissional) e estabeleceu-se como critério a retenção de fatores com auto-valor acima de 1,0 e itens que apresentaram cargas fatoriais acima de 0,35.

A análise de confiabilidade mediu a consistência do instrumento, ou seja, determinou se o conjunto de itens era coerente com o se pretendia medir⁽¹⁸⁾. A medida de consistência interna dos itens que apresentaram cargas fatoriais acima do ponto de corte adotado (0,35) foi o alfa de Cronbach, considerando-se um valor de alfa geral (todos os itens) e para suas dimensões de, no mínimo 0,70.

Para a avaliação da estabilidade no tempo (fidedignidade), foi realizada a reaplicação (reteste) do instrumento em 10% da amostra após, no mínimo, 30 dias do término da coleta de dados (teste). Em Almenara e Governador Valadares, o reteste aconteceu após 30 dias do término da primeira coleta de dados; em Teófilo Otoni, esse período foi de 45 dias. O Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) dos itens utilizados na obtenção do construto de interesse – Orientação da APS na realização das Ações de Controle da Hanseníase – foi adotado para avaliar a estabilidade da medida nos dois momentos da coleta⁽⁹⁾. Considerou-se evidência de estabilidade o valor de ICC a partir de 0,70.

O tratamento dos dados – construção do banco de dados e análise da consistência dos dados digitados em entrada duplicada – foi realizado no *software* EPI-INFO (versão 7). Após a entrada dos dados, foi realizada a inversão de valores de alguns itens (D3, D4, D5, D10) que foram formulados de maneira que, quanto maior o valor da resposta atribuído, menor fosse a orientação para APS. Logo, estes itens deveriam ter seus valores invertidos para: valor 4=1; valor 3=2; valor 2=3 e valor 1=4. O *software* *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* 17 foi utilizado para as análises estatísticas.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais sob Parecer n° ETIC 0095.0.203.000-11. Todos os participantes da pesquisa – *experts* e os ACS dos municípios de Betim, Almenara, Teófilo Otoni e Governador Valadares – concordaram em participar do estudo e assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi financiado com recursos provenientes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), através do Edital 01/2011 – Demanda Universal, processo número CDS-APQ-01438-11.

RESULTADOS

Validação de face e conteúdo do instrumento – versão ACS

Os experts avaliaram se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens, se a redação dos itens estava compreensível e se expressava adequadamente o que se espera medir, verificaram se o instrumento é adequado para avaliar o objeto de pesquisa e sugeriram a inclusão e a eliminação de itens. Foram excluídos 33 itens na versão dos profissionais de saúde e a segunda versão do instrumento foi utilizada no pré-teste no município de Betim (MG). O julgamento da compreensão dos itens do instrumento e da sua adequação e relevância para avaliação do objeto em estudo resultou na exclusão de 17 itens, permanecendo, no total, 65 itens na versão submetida ao estudo de validade e precisão do instrumento.

Validação de construto e análise da confiabilidade do instrumento – versão ACS

Participaram da pesquisa 380 agentes comunitários de saúde cuja caracterização está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição da amostra estratificada por município

Variáveis	Municípios do Estado		
	Almenara	Teófilo Otoni	Governador Valadares
Número de ACS	54	144	182
Tipo de unidade de saúde - n (%)			
ESF	54 (100,0)	111 (77,1)	136 (74,7)
EACS	---	33 (22,9)	46 (25,3)
Treinamentos em ACH - n (%)			
Sim	39 (72,2)	127 (88,2)	138 (75,8)
Não	15 (27,8)	17 (11,8)	44 (24,2)
Caso de hanseníase na microárea - n (%)			
Sim	25 (46,3)	42 (29,2)	89 (48,9)
Não	29 (53,7)	102 (70,8)	93 (51,1)
Tempo de atuação como ACS (em meses) (média/desvio padrão)	25,6 (±18,4)	58,2 (±27,8)	64,1 (±39,6)

Os 65 itens do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão ACS” foram submetidos à análise fatorial exploratória (AFE). O resultado da medida de adequação amostral foi de 0,731, o que confirma a adequação dos dados para a análise fatorial. Os oito fatores fixos extraídos apresentaram autovalores acima de 1,0 (fator 1 apresentou autovalor de 5,2 e fator 8 de 2,0) e responderam, em seu conjunto, por um percentual da variância total de 35,7% (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da variância explicada segundo os fatores do instrumento

Fator	Autovalor	% da variância	% da variância acumulada	Número de itens
1	5,2	7,8	7,8	14
2	3,7	5,6	13,4	12
3	3,6	5,4	18,8	8
4	2,6	3,9	22,7	6
5	2,4	3,6	26,3	7
6	2,1	3,3	29,6	4
7	2,1	3	32,6	3
8	2	3,1	35,7	3

Para conhecer o comportamento dos itens do instrumento – versão ACS – foi realizado o procedimento de rotação ortogonal do tipo *Varimax* e a carga fatorial dos itens está descrita na Tabela 3.

Tabela 3 - Resultados da validação de construto do Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão ACS

Atributos da APS e itens do instrumento	Carga fatorial	Fator
Porta de entrada		
C1. A unidade de saúde da APS é o primeiro serviço de saúde que os usuários procuram quando apresentam os sinais e sintomas da hanseníase (manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade)?	0,466	5
C2. Quando os usuários de hanseníase precisam de algum cuidado preventivo relacionado à doença (Ex: exame de contatos domiciliares e orientações para os cuidados com os olhos, mãos e pés), eles procuram a unidade de saúde da APS?	0,388	5
C3. Quando os usuários de hanseníase precisam de uma consulta devido a um novo problema de saúde relacionado à doença (Ex: aparecimento de novas manchas, dor nos nervos periféricos e outros), eles procuram a unidade de saúde da APS?	0,613	5
C4. Os usuários sempre tem que realizar consulta na unidade de saúde da APS para serem encaminhados para uma avaliação de hanseníase com especialista (Ex: dermatologista)?	0,429	5

Acesso			E9. Você pergunta ao paciente como a hanseníase afeta a realização das atividades diárias (Ex: trabalho, atividades domésticas, e de autocuidado)?	0,488	4
D2. Durante o período de funcionamento da unidade de saúde da APS, existe um número de telefone para pedir informações?	-0,595	8	E10. Você sabe a respeito do trabalho do paciente de hanseníase?	0,698	4
D3. Os usuários da sua microárea tem dificuldade de deslocamento até a unidade de saúde da APS?	0,753	6	Integralidade		
D4. Os usuários da sua microárea tem que utilizar algum tipo de transporte motorizado para chegarem à unidade de saúde da APS?	0,792	6	Domínio: serviços disponíveis		
D5. Os usuários da sua microárea perdem o turno de trabalho ou compromisso para serem atendidos na unidade de saúde da APS?	0,417	6	F1. Vacinas	0,523	5
D6. Quando os usuários procuram a unidade de saúde com o relato de sinais e sintomas da hanseníase, ele consegue consulta com algum profissional de saúde (médico ou enfermeiro) no prazo de 24 horas?	0,357	2	F2. Atendimento para crianças	0,457	2
D8. O usuário de hanseníase consegue atendimento na unidade de saúde no prazo de 24 horas quando ele apresenta neurite, reações medicamentosas ou reações hansênicas?	0,404	7	F3. Atendimento para adolescentes	0,375	2
D9. O paciente agenda um horário na unidade de saúde para consulta de rotina para a dose supervisionada?	0,354	6	F4. Atendimento para adultos	0,635	2
D10. Quando o usuário chega à unidade de saúde para a dose supervisionada, ele tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem)?	0,532	7	F5. Atendimento para idosos	0,685	2
Atendimento continuado			F6. Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais	0,418	2
E1. Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo médico?	0,412	8	F7. Pré-natal	0,477	2
E2. Os pacientes de hanseníase são sempre atendidos pelo mesmo enfermeiro?	0,448	8	F8. Exame preventivo para o câncer de colo de útero	0,490	2
E4. Você pergunta ao paciente de hanseníase sobre todos os medicamentos que ele está utilizando?	0,482	4	F9. Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV	0,544	2
E6. Você entende o que o paciente de hanseníase diz ou pergunta?	0,665	4	F10. Atendimento de doenças endêmicas (esquistossomose, dengue, tuberculose)	0,459	2
E7. Você responde as perguntas de maneira que o paciente de hanseníase entenda?	-0,370	4	F11. Atendimento de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, asma)	0,616	2
E8. Você dá tempo suficiente para o paciente de hanseníase falar as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	0,677	4	F12. Atendimento para problemas de saúde mental (Ex: depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e transtornos alimentares)	0,442	2
			F13. Curativos	0,495	5
			F14. Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de tabaco	0,405	1
			F16. Avaliação da saúde bucal e tratamento dentário	0,502	5
			Domínio: serviços prestados		
			F17. Orientações sobre o uso correto dos medicamentos da PQT e os principais efeitos adversos	0,596	1
			F18. Supervisão da dose diária da PQT quando necessário	0,532	1

F19. Nas suas visitas domiciliares você observa os olhos, mãos e pés do paciente de hanseníase para detectar anormalidades?	0,395	1	H8. Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados após a alta por cura (como dar continuidade aos cuidados para prevenção de incapacidades e acompanhamento periódico na unidade de saúde)?	0,481	3
F20. Orientações para o paciente de hanseníase sobre os cuidados com olhos, mãos e pés para prevenção de incapacidades.	0,644	1			
F21. Orientações para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele, dores nos nervos periféricos e piora da sensibilidade e da força motora.	0,352	1	Orientação comunitária		
F22. Orientações sobre os cuidados após a alta por cura: manutenção dos cuidados com os olhos, mãos e pés para a prevenção de incapacidades, cuidados com a pele e acompanhamento periódico na unidade de saúde.	0,592	1	I1. A hanseníase é um problema de saúde importante na área de abrangência dessa unidade de saúde?	0,422	1
			I2. A unidade de saúde realiza trabalhos educativos (sala de espera, distribuição de panfletos e palestras) para informar a comunidade sobre a hanseníase?	0,603	1
			I3. A unidade de saúde desenvolve parcerias com as escolas e igrejas para desenvolver ações de divulgação da hanseníase?	0,508	1
Coordenação			I4. Nas visitas domiciliares, você realiza a divulgação da hanseníase para a população da sua microárea?	0,621	1
G3. As informações das cartilhas de hanseníase do Ministério da Saúde são utilizadas por você para realizar as visitas domiciliares?	0,574	1			
G4. Durante o acompanhamento do caso de hanseníase, você preenche a Ficha B – Hanseníase - do SIAB?	0,345	3	Orientação profissional		
			J1. Você se considera qualificado(a) para realizar as atividades da hanseníase?	0,665	1
			J2. Há um sistema regular de treinamento para os ACS sobre a hanseníase?	0,572	1
Orientação familiar					
H1. Você conhece as pessoas que moram com o paciente de hanseníase?	0,374	7			
H2. Você pede informações sobre doenças de outras pessoas da família?	0,691	3			
H3. Você conversa com as pessoas da família do paciente sobre a hanseníase?	0,529	3			
H4. Você pergunta se as pessoas da família do paciente possuem manchas ou áreas da pele com perda ou ausência de sensibilidade?	0,605	3			
H5. Você orienta os familiares do paciente sobre a realização do exame dos contatos domiciliares?	0,621	3			
H6. Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre os cuidados com os olhos, mãos e pés para a prevenção de incapacidades?	0,671	3			
H7. Você conversa com as pessoas que moram com o paciente sobre a possibilidade de surgimento de novas manchas na pele, caroços e dores nos nervos periféricos?	0,564	3			

* *p* valor

Após a análise dos componentes da matriz rotacionada, foram excluídos oito itens do instrumento (D1, D7, E3, E5, F15, G1, G2, I7) por não ter tido carga fatorial superior a 0,35. O item G4 foi incluído no domínio "Orientação Familiar", que apesar da carga fatorial ter sido 0,345, considera-se importante ação do ACS na atenção à saúde ao paciente de hanseníase e à sua família. O item G3 foi transferido para o construto "Orientação Profissional" uma vez que a leitura de materiais instrucionais pode colaborar com a formação desse profissional para realizar uma visita domiciliar direcionada para a hanseníase. Como os itens G1 e G2 foram excluídos e os itens G3 e G4 foram transferidos para outros domínios, foi excluído o atributo "Coordenação" na versão final do instrumento. Após a exclusão dos oito itens, o percentual da variância explicada acumulada para os oito fatores extraídos foi de 40,2%.

Para realizar a análise da consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach foi utilizada a versão instrumento validada pela análise fatorial que possui, no total, 57 itens. O alfa de Cronbach geral para o instrumento versão ACS foi de 0,861 e o valor de alfa se o item fosse excluído variou entre 0,794 (H6 e H8) e 0,818 (D2). Esses dados revelam uma boa consistência interna do instrumento uma vez que os valores recomendados para o alfa de Cronbach estão entre 0,7 e 0,9. Em relação à

estabilidade da medida, constatou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse de 0,849 (p valor $< 0,001$; Intervalo de Confiança 95%: 0,796-0,893) para os 57 itens, resultado que revela estabilidade do instrumento. A versão final do instrumento está disponível junto aos autores deste artigo.

DISCUSSÃO

A ferramenta aqui apresentada propõe a avaliação do desempenho da APS no controle da hanseníase e foram utilizadas como referencial teórico a definição de APS⁽¹²⁾, as atribuições da APS na realização das ACH^(3,13-15,17) e o instrumento de avaliação de orientação à APS, o PCATool^(7-11,16). A avaliação dos itens do instrumento demonstrou que estes possuem características importantes e significativas do construto e fornecem informações qualitativas condensadas sobre o que deve ser avaliado⁽¹⁸⁾ uma vez que na etapa de validação de face e conteúdo foram excluídos 17 itens que não se adequaram conceitualmente e na validação de construto oito itens que não apresentaram estabilidade numérica.

Há controvérsias na literatura sobre o número adequado de juízes para a realização da validação de face e conteúdo, porém nas versões do PCAT crianças⁽⁷⁾ e adultos⁽⁸⁾, construídas por Starfield e colaboradores para avaliar a APS dos Estados Unidos da América, foram utilizados nove *experts*. A validade de conteúdo do “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase” feita pelos *experts* não foi capaz de avaliar a inadequação dos itens dos domínios “Integralidade dos Serviços Prestados” e “Coordenação” para a versão destinada aos ACS. Os itens desses atributos foram modificados na fase do pré-teste do instrumento e não foram submetidos a uma reavaliação de conteúdo pelos especialistas. No entanto, a realização do pré-teste do instrumento em indivíduos semelhantes à da população em estudo é uma importante etapa do processo de validação uma vez que avalia a compreensão dos itens e permite a exclusão e modificação de perguntas do questionário⁽⁹⁾. Na validação do PCAT versão crianças para o contexto brasileiro, 21 perguntas foram modificadas após a realização do pré-teste⁽⁹⁾.

A análise fatorial com oito fatores fixos fundamentou-se no referencial teórico do instrumento original⁽⁷⁻⁸⁾ e nos estudos de validação do PCAT crianças e adultos para o Brasil⁽⁹⁻¹¹⁾, que ponderou que essa estrutura era a mais pertinente para representar os atributos da APS, permitindo a avaliação dos cinco atributos essenciais (porta de entrada; acesso; atendimento continuado; integralidade dos serviços – disponíveis e prestados; coordenação) e três atributos derivados (orientação familiar, comunitária e profissional). A variância explicada das várias versões dos instrumentos PCAT após a extração dos fatores foram de 39,4%⁽⁹⁾, 48%⁽⁷⁾, 57,4%⁽¹⁹⁾ e 88,1%⁽⁸⁾. No instrumento aqui apresentado, os itens explicam 35,7% da variância, resultado que pode ser considerado satisfatório por se tratar de uma ferramenta que avalia a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde na realização das ACH.

Na análise fatorial exploratória, houve estudos de validação do PCAT que utilizaram como ponto de corte para

permanência do item ter carga fatorial acima de 0,40⁽⁷⁾, bem como teve estudos que utilizaram a carga fatorial de 0,35^(8-10,19). No “Instrumento de avaliação do desempenho da atenção primária nas ações de controle da hanseníase – versão ACS”, a definição do ponto de corte de 0,35 mostrou-se adequada, tendo somente um item *bordeline* ($G4 = 0,345$), que foi mantido na versão final do instrumento justificado pela sua relevância teórica. A análise fatorial confirmou a alocação prévia dos itens segundo seus construtos, com exceção dos itens do domínio “coordenação”, sendo que G1 e G2 foram excluídos por baixa carga fatorial e G3 e G4 foram redistribuídos em outros domínios (orientação profissional e orientação familiar, respectivamente). Do ponto de vista teórico, justifica-se a exclusão do domínio “coordenação”, pois não é esperado que o ACS realize a coordenação do cuidado. O objetivo de redução de itens e construção da versão final do instrumento por meio da análise fatorial exploratória foi alcançado uma vez que oito itens foram excluídos por baixa carga fatorial e dois itens foram realocados em outros domínios.

Para a análise da consistência interna do instrumento foi utilizado o alfa de Cronbach de cada item do instrumento, em que todos apresentaram resultado acima de 0,7. O alfa de Cronbach geral para o instrumento foi de 0,861 e a análise do valor de alfa caso o item fosse excluído evidenciou que essa exclusão não melhorou o coeficiente geral do alfa de Cronbach. No entanto, há pesquisas que utilizaram a análise de consistência interna dos escores de cada atributo da APS^(7,9-10), porém nesse estudo não foi possível calcular os escores dos atributos “atendimento continuado” e “orientação familiar” devido ao grande percentual de *missings*.

Quanto à estabilidade da medida obtida, mensurada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), os resultados indicaram evidências satisfatórias de estabilidade da medida dos 57 itens do instrumento (ICC = 0,849 com p valor $< 0,001$).

Apesar das limitações apresentadas no processo de validação do instrumento para avaliar características específicas ao manejo da hanseníase na APS, pode-se considerar que este é um instrumento válido e confiável para medir a presença e extensão dos atributos da APS na atenção à hanseníase.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o instrumento pode ser considerado adequado para avaliar o desempenho da APS no desenvolvimento das ACH segundo a experiência dos agentes comunitários de saúde, pois apresentou conformidade aos parâmetros de validade e precisão de um teste.

Como a hanseníase é um agravo prioritário na política de saúde do Brasil e há a necessidade de fortalecimento da atuação da APS no seu controle, a utilização do instrumento permitirá o conhecimento dos atributos da atenção primária que estão sendo alcançados em seu controle e subsidiará os gestores na estruturação de estratégias de vigilância da doença, orientada por evidências e apropriada à realidade da endemia em cada município.

REFERÊNCIAS

1. Global leprosy: update on the 2012 situation. *Weekly Epidemiol Rec.* 2013;88(35):365-80.
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 3125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 2010 [acesso em 11 de nov 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(nº. esp):158-64.
5. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(nº. esp):238-46.
6. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara, State of Minas Gerais. *Rev Latinoam Enferm.* 2011 Jan-Feb;19(1):187-94.
7. Cassidy CE, Starfield B, Hurtado MP, Berck RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics.* 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.
8. Shi L, Starfield B, Jiahong XU. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract.* 2001 Feb;50(2):161-75.
9. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública.* 2006 Ago;22(8):1649-59.
10. Harzheim E, Duncan BB, Stein AT, Cunha CRH, Gonçalves MR, Trindade TG, et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Serv Res.* 2006 Dec;5(6):156.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCATOOL-Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 594, de 29 de outubro de 2010. Define o serviço de atenção integral em Hanseníase [portaria na internet]. *Diário Oficial da União* 2010. [acesso em 11 de nov 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Como ajudar no controle da hanseníase? Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
16. 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: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
17. Secretaria de Estado de Saúde (MG). Atenção à Saúde do Adulto: Hanseníase. Belo Horizonte: SES/MG; 2006.
18. Hair Júnior JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman; 2009.
19. Berra S, Hauser L, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, Oliveira MMC, et al. Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2013;33(1):30-9.