

Amélia Keiko Samoto

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção  
Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde  
do Rio Pardo-SP

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde  
Coletiva da Coordenadoria de Recursos  
Humanos da Secretaria de Estado da  
Saúde de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva

São Paulo  
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Amélia Keiko Samoto

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica,  
segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio  
Pardo-SP

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde  
Coletiva da Coordenadoria de Recursos  
Humanos da Secretaria de Estado da  
Saúde de São Paulo, para obtenção do  
título de Mestre em Saúde Coletiva

**Área de concentração: Gestão e  
Práticas de Saúde**

**Orientadora: Prof. Dr<sup>a</sup> Sonia Isoyama  
Venancio**

São Paulo  
2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

Samoto, Amélia Keiko

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP/ Amélia Keiko Samoto. São Paulo, 2013.  
147 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Profª Drª Sonia Ioyama Venancio

1. Avaliação em Saúde 2 Atenção Primária à Saúde 3. Gestão em Saúde I. Título

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Nobuko e Keizo e minha avó, Chiyono,  
exemplos de luta, coragem e perseverança

## AGRADECIMENTOS

À Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Sonia Isoyama Venancio, pela competente orientação, afetuoso acolhimento e confiança no trabalho.

Aos diretores do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista, por tornarem possível esse trabalho.

Aos secretários municipais de saúde e profissionais das unidades básicas da Região de Saúde do Rio Pardo, pelas possibilidades de trocas e criatividade no trabalho.

À Comissão de Pós-graduação do Instituto de Saúde, professores e funcionários, pela delicadeza com que nos receberam.

Aos amigos e colegas de trabalho do DRS XIV, pelos momentos de reflexão e desabafos.

Aos meus amigos, pela compreensão da ausência e apoio na realização desse trabalho.

Ao Rodrigo, tão presente desde o início.

À Meg e Lica, pela companhia nos momentos de estudo e de pausa.

Aos colegas de mestrado, pela partilha de momentos inesquecíveis.

## RESUMO

**Introdução:** A Atenção Básica (AB) é considerada pilar de estruturação do sistema de saúde, o que favorece a proposição de estratégias para a sua reorganização e a necessidade de avaliação da qualidade, partindo do pressuposto de que uma avaliação deve auxiliar na tomada de decisões, contribuindo para o planejamento das intervenções em saúde e em última instância, na melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP) promoveu, por meio do apoio dos Articuladores de Atenção Básica, a institucionalização da avaliação mediante a utilização do instrumento Quali AB.

**Objetivos:** Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo o modelo de atenção e verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo avaliativo. **Métodos:** A partir das questões selecionadas do questionário Quali AB aplicado em 2010, criou-se para a dimensão “Estrutura” escores para as subdimensões estrutura física, recursos humanos e equipamentos e insumos e para a dimensão “Processo”, as questões foram subdivididas em organização da atenção à saúde e características dos processos gerenciais, sendo essas subdivididas em questões sobre planejamento, trabalho em equipe e participação social. Para as comparações entre os modelos de atenção foram utilizados testes de diferenças de médias e testes de diferenças entre proporções, adotando-se o nível de significância de 5%. A percepção dos profissionais das unidades básicas de saúde sobre os resultados decorrentes da avaliação com o Quali AB foram coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas e interpretadas à luz da análise temática. **Resultados:** a avaliação realizada sinaliza uma diferença significativa entre os modelos de atenção tanto para questões de Estrutura quanto Processo, apontando uma melhor qualidade das unidades da ESF no conjunto de questões relacionadas à dimensão Processo. Apesar da existência dessa diferença, para algumas questões o desempenho mostrou-se baixo, independente do modelo, indicando deficiências e pontos críticos que necessitam de reestruturação mais profunda dos serviços para que sejam sanados. A percepção dos profissionais entrevistados vai ao encontro dos achados, principalmente no que se refere à deficiência físico estrutural, de equipamentos e insumos das unidades. **Potencial de Aplicabilidade:** a divulgação e a

apropriação dos resultados faz-se mister tanto para os gestores, detentores de governabilidade capazes de implementar políticas na gestão, quanto para os trabalhadores das equipes de saúde capazes de desencadear mudanças imediatas em nível local. Embora a divulgação dos resultados encontrados para a RS Rio Pardo se constitua em “pontapé inicial” para a incorporação dos resultados das avaliações, permanece ainda o desafio de como torná-las processos contínuos capazes de efetivamente modificar as práticas e motivar profissionais e gestores na constante busca pela melhoria da saúde da população.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Atenção Básica; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde.



## ABSTRACT

**Introduction:** Primary care is considered the pillar structure of the health system, which favors the proposal of strategies for its reorganization. This context favors the proposal of strategies for its reorganization and the need for quality assessment, on the assumption that an assessment should assist in making decisions, contributing to the planning of health interventions and ultimately improve the quality of lives of users of the health system. Accordingly, the Health Secretary of São Paulo promoted by supporting Primary Care Articulators, the institutionalization of evaluation by using the instrument Quali AB. **Objectives:** To assess the quality of primary care services in the Health Region of Rio Pardo according to the model of care and verify the perception of health professionals about the evaluation process. **Methods:** From selected questions from the questionnaire Quali AB, applied in 2010, was created for the dimension "structure score" for the subdimensions infrastructure, human resources and equipment and supplies and to the "process dimension", the questions were subdivided into organization of health care and characteristics of management processes, these being subdivided into questions about planning, teamwork and social participation. For comparisons between models of care mean difference test were used and tests of differences between proportions, adopting a significance level of 5%. The professionals' perception of basic health units on the assessment results with the Quali AB were collected through semi-structured and interpreted in the light of the thematic analysis. **Results:** The evaluation carried out indicates a significant difference between the models as much attention to questions of structure as process, indicating a better quality of ESF units in set of issues related to the process dimension. Despite the existence of this difference, for some performance issues proved to be low, regardless of the model, indicating deficiencies and critical issues that require deeper restructuring of services in order to be healed. The perception of the professionals interviewed meets the findings, particularly in relation to physical disability structural, equipment and inputs of units. **Potential applicability:** dissemination and appropriation of the results implies the need for both managers, holders of governance capable of implementing management policies, and for workers of health teams able to trigger immediate changes at the local

level. While disclosure of the results found for the RS Rio Pardo would constitute a kick to the incorporation of evaluation results, still remains the challenge of how to make them continuous processes capable of effectively changing practices and motivate professionals and managers in the constant quest for improvement population health.

Keywords: Health Assessment; Primary Care; Primary Health Care; Health Management.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
1.1.Aspectos históricos da Atenção Básica.....	16
1.2 Atenção Básica no Brasil.....	18
1.3 Atenção Básica no Estado de São Paulo.....	25
1.4 Avaliação em saúde.....	32
1.4.1-Avaliação de processos e do impacto da Atenção Básica no Brasil.....	32
1.4.2-Institucionalização da avaliação da Atenção Básica.....	37
2. JUSTIFICATIVA.....	45
3. OBJETIVOS.....	46
3.1-Objetivo geral.....	46
3.2-Objetivos específicos.....	46
4-MÉTODOS.....	47
4.1- Modelo teórico .....	47
4.2-Modelo da avaliação.....	48
4.3- População de estudo: caracterização da Região de Saúde do Rio Pardo.....	50
4.4-Coleta de dados.....	57
4.5-Plano de análise.....	59
4.6-Aspectos Éticos.....	70
5-RESULTADOS.....	71
5.1-Características das unidades.....	71
5.2-Avaliação individual das UBS.....	73
5.3-Análise das variáveis relacionadas à Estrutura e Processo.....	74
5.4-Análise dos padrões de Estrutura e Processo segundo modelo de atenção.....	75
5.5-Resultados das entrevistas.....	80
5.5.1-Características dos sujeitos da pesquisa.....	80

5.5.2-O processo avaliativo.....	81
5.5.3- Resultados da avaliação e qualidade da Atenção Básica.....	82
5.5.4-Mudanças e Incorporação dos Resultados.....	84
6-DISCUSSÃO.....	87
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
9-ANEXOS.....	117
Anexo 1: Questionário Quali AB.....	117
Anexo 2: Roteiro para as entrevistas.....	142
Anexo 3: Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	143
Anexo 4: Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	145

## Sumário de Figuras

<b>Figura 01:</b> Distribuição da população segundo município; densidade demográfica, taxa de urbanização, IDH e IPRS na RS Rio Pardo, 2012.....	48
<b>Figura 02:</b> Modelo Teórico da Avaliação. Projeto “Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo”, 2012.....	50
<b>Figura 03:</b> Mapa do Estado de São Paulo: Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde e Macrorregiões de Saúde.....	51
<b>Figura 04:</b> Mapa do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista e seus municípios.....	51
<b>Figura 05:</b> Distribuição da população segundo faixa etária e sexo, RS Rio Pardo, 2010.....	53
<b>Figura 06:</b> Dimensões Estrutura e Processo e suas subdimensões.....	61
<b>Figura 07:</b> Número e percentual de unidades de saúde da RS Rio Pardo segundo modelo de atenção, 2010.....	72
<b>Figura 08:</b> Número e percentual de unidades de saúde da RS Rio Pardo segundo localização, 2010.....	72
<b>Figura 09:</b> Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família, segundo escore de Estrutura, RS Rio Pardo, 2010.....	77
<b>Figura 10:</b> Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família segundo escore de Processo, RS Rio Pardo, 2010.....	80

## Sumário de tabelas

<b>Tabela 01:</b> Distribuição da população segundo município; densidade demográfica, taxa de urbanização, IDH e IPRS na RS Rio Pardo, 2012.....	52
<b>Tabela 02:</b> Unidades Hospitalares da RS Rio Pardo, 2012.....	54
<b>Tabela 03:</b> Total de Unidades Básicas de Saúde dos municípios que compõe a RS Rio Pardo, fevereiro de 2012.....	56
<b>Tabela 04:</b> Escores referentes à Estrutura e Processo das unidades de saúde avaliadas, RS Rio Pardo, 2010.....	73
<b>Tabela 05:</b> Análise descritiva das variáveis de Estrutura, RS Rio Pardo, 2010.....	74
<b>Tabela 06:</b> Análise descritiva das variáveis de Processo, RS Rio Pardo, 2010.....	75
<b>Tabela 07:</b> Comparação entre as variáveis de Estrutura segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.....	76
<b>Tabela 08:</b> Análise das variáveis de Processo, subdimensão Organização/ Qualificação da Atenção à Saúde, segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.....	78
<b>Tabela 09:</b> Análise das variáveis de Processo, subdimensão Processos Gerenciais, segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.....	79

## **Sumário de quadros**

**Quadro 1:** Questões escolhidas para caracterizar as unidades da RS Rio Pardo.....60

**Quadro 2:** Questões e critérios para a composição do escore referente à **Estrutura**.....63

**Quadro 3:** Questões e critérios para a composição do escore referente à **Processo**.....65

## SIGLAS UTILIZADAS

AAB	Articulador de Atenção Básica
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMAQ	Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica



PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RS	Região de Saúde
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAM	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretários Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VS	Vigilância em Saúde

# 1- INTRODUÇÃO

## 1.1- ASPECTOS HISTÓRICOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina e o hospital passam a ter maior visibilidade diante da população, disseminando um padrão de assistência à saúde pautado no saber médico e em práticas hospitalares e curativas, em detrimento de práticas preventivas desempenhadas pela Atenção Básica. Esse modelo de atenção passa a sofrer fortes críticas a partir do final dos anos 70, tanto por questões de ordem econômica, tendo em vista os custos assistenciais de um modelo hospitalocêntrico, como pela duvidosa resolubilidade, levando à formulação de uma nova forma de organização dos serviços de saúde tendo a Atenção Básica como centro do sistema (BRAGA NETO, 2008).

O contexto do final da década de 1970 culminou, em 1978, na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) realizada em Alma-Ata e promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Saúde é reconhecida como um direito humano básico, tendo como estratégia principal a APS e a participação dos usuários como requisito fundamental para o alcance da meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Essa conferência trouxe à tona questionamentos dos programas verticais de intervenção da OMS no combate às endemias principalmente nos países em desenvolvimento, especialmente África e América Latina, além de críticas ao modelo médico hegemônico (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A APS pode ser interpretada seguindo-se três linhas: (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008); Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011:

1. Como um programa seletivo que oferece um conjunto de tecnologias simples de baixo custo, direcionado especificamente a populações de regiões mais pobres;
2. Como um nível primário de atenção dentro do sistema de saúde, responsável por ser o primeiro contato da população aos serviços de saúde e dando resolubilidade aos principais agravos;

3. De modo mais abrangente, como uma estratégia capaz de promover a reorganização do sistema de saúde para atender às necessidades da população.

Após a Conferência de Alma-Ata, nos países em desenvolvimento o que vigorou foi a denominada Atenção Primária Seletiva, apoiada pelo UNICEF e caracterizada por ofertar um pacote restrito de serviços de baixo custo destinados a controlar as principais doenças de países pobres, sem considerar a importância dos determinantes sociais, bem como a influência da política e de fatores econômicos sobre as condições de saúde da população (MACIOCCO e STEFANINI, 2007; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No entanto, em 2005, um documento divulgado pela OPAS propõe uma concepção mais abrangente da APS com abordagem integral, responsabilização dos governos, importância da prevenção, promoção e intersetorialidade e oferta de serviços de qualidade, sendo o Sistema de Saúde baseado na APS o caminho mais adequado para a produção de igualdade de modo sustentável (OPAS/OMS, 2005a).

A terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde frequentemente encontra espaço para discussões nos meios acadêmicos e profissionais. O termo “básica” pode ser entendido como base, fundamental ou ao contrário, como básico e simples. Por outro lado, “primário” remete a primeiro, principal ou então elementar e rudimentar (MELLO et al., 2009).

No Brasil, a utilização do termo Atenção Básica refere-se à Atenção Primária em Saúde em seu sentido mais amplo e integral, proposto pelo Movimento Sanitário e diferenciando-se da proposta da Atenção Primária Seletiva com seu pacote de serviços de saúde restritos a algumas doenças e voltados à população mais carente (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No presente estudo, não serão consideradas as divergências conceituais acerca da terminologia para o primeiro nível de atenção, sendo Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde considerados sinônimos.

A Atenção Básica em Saúde tem demonstrado resultados positivos no cuidado à população ao garantir na prática a aplicação de seus princípios norteadores: servir como primeiro contato e porta de entrada ao sistema de saúde, longitudinalidade do cuidado com o estabelecimento de vínculo e adscrição de clientela, garantia de

cuidado integral, coordenação do sistema, serviços voltados às necessidades da comunidade, centralidade na família e reconhecimento das necessidades de diferentes grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

ANDRADE LOM et al. (2006) analisaram e compilaram várias evidências internacionais comprovando que sistemas de saúde centrados na Atenção Básica demonstram melhores indicadores de saúde da população, bem como são capazes de prover melhor acesso aos serviços de saúde.

As vantagens dos sistemas de atenção à saúde que priorizam a APS em relação aos que não o fazem encontram-se bem estabelecidas. Em uma revisão bibliográfica dos trabalhos mais relevantes sobre APS realizada por MENDES (2009), são enumerados inúmeros benefícios: são mais adequados, visto que se organizam conforme as necessidades de saúde da população; são mais efetivos, porque enfrentam a situação epidemiológica crescente das condições crônicas, além de trazer impacto nos níveis de saúde da população; são mais eficientes, pois geram menores custos reduzindo procedimentos mais onerosos; são mais equitativos, já que privilegiam grupos e regiões mais carentes, diminuindo o gasto com recursos próprios; são de maior qualidade porque enfocam a prevenção e a promoção da saúde.

No entanto, para que a APS realmente resulte nesses benefícios ela deve ser mais qualificada, deve receber maiores investimentos financeiros e ser priorizada pelos gestores das três esferas de governo (MENDES, 2009).

## 1.2-ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

À semelhança do que ocorria internacionalmente, no Brasil, a proposição de um modelo de proteção social mais abrangente e universal surge em meados da década de 70. O modelo assistencial existente privilegiava apenas os segurados da previdência social, era médico centrado, propunha atendimento individualizado e mostrava-se oneroso. Além disso, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) mostrava-se sob gestão fraudulenta, o que corroborou com sua deterioração (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Neste contexto, a dívida social e a luta pela democratização das políticas passam a ser tema central de movimentos reivindicatórios como o Movimento Sanitário, decorrentes das demandas da sociedade por uma maior inclusão social e redução de desigualdades como direitos sociais fundamentais para o alcance da universalização da cidadania. Assim, a oferta de serviços apenas aos setores inseridos no mercado formal era questionada, cedendo espaço para princípios da justiça social e mecanismos mais redistributivos, culminando na garantia constitucional do direito universal à saúde e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (FLEURY, 2009).

A implantação do SUS pela Constituição Federal de 1988 já previa em uma de suas diretrizes a descentralização e a responsabilização dos municípios pela oferta e organização dos sistemas de saúde locais, induzidos muitas vezes pelo financiamento decorrente do pagamento mediante a apresentação de série histórica de produção e faturamento. Apesar de resultar em maior autonomia dos municípios para a elaboração de ações em saúde segundo suas especificidades locais, essa descentralização não trouxe consigo o fortalecimento da capacidade das esferas estaduais em promover a cooperação entre os municípios. A partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 foram instituídos espaços de negociação e pactuação cooperativa entre os entes federados conformando as Comissões Intergestores, com a retomada do papel dos Estados na regulação das relações entre Estados e municípios e entre os próprios municípios na efetivação das diretrizes do SUS (VIANA et al., 2008).

Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) é que as transferências financeiras passam a considerar e favorecer regiões brasileiras mais carentes, com a distribuição per capita dos recursos e a criação de programas como o Piso de Atenção Básica-PAB fixo e variável, além de incentivos para a implantação do Programa de Saúde da Família (LIMA, 2007). O PAB favorece a autonomia do gestor municipal ao mesmo tempo em que se constitui em medida importante na descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, dissociando a produção do faturamento vigente no modelo de pós pagamento e custeando os procedimentos de atenção básica na tentativa de reorganizar a porta de entrada ao sistema de saúde em nível local (BODSTEIN, 2002).

Desde sua implantação muitos são os avanços observados no SUS. No entanto, é a partir de 1994 com a crescente ênfase na Atenção Básica e mais especificamente no Programa de Saúde da Família (PSF) que o sistema de saúde passa a ter maior visibilidade. A APS sendo o eixo norteador da agenda política passa a contar com fortes incentivos financeiros, institucionais e de formação e capacitação de profissionais para atuar nesse nível de atenção (VIANA e MACHADO, 2008).

Anteriormente, em 1991, a Fundação Nacional de Saúde (FNS) implanta inicialmente nas regiões Norte e Nordeste o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para o combate à epidemia do cólera e diarreia com foco na reidratação oral e orientações sobre vacinação por intermédio dos chamados Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados por enfermeiros. Sua implantação foi de caráter emergencial para as localidades longínquas onde havia dificuldades no acesso à assistência à saúde e em decorrência da demanda dos municípios por apoio financeiro para desempenho das ações de Atenção Básica em nível local. Por desempenhar um pacote restrito de ações, o PACS foi considerado um programa de atenção primária seletiva. A institucionalização do programa ocorre com a definição do papel do ACS, esclarecimentos sobre suas atribuições e a inclusão das atividades desempenhadas por eles na tabela de procedimentos do SUS (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O surgimento do PSF está atrelado a um conjunto de fatores: a experiência anterior de implantação do PACS nas regiões Norte e Nordeste, a ausência de programas assistenciais no SUS, os atrativos políticos do programa e a indução de implantação em decorrência de incentivo financeiro (CONILL, 2008). Para VIANA e DAL POZ (1998), o PSF surge para auxiliar na interiorização do SUS e para facilitar o financiamento per capita das ações básicas, estimulando a participação da comunidade no planejamento das ações de saúde e na proposição de um atendimento mais integral.

No entanto, inicialmente, assim como o PACS, o PSF foi implantado como um programa seletivo que ofertava uma restrita cesta de serviços a populações pobres e com baixa integração com os demais pontos de atenção (SISSON, 2007). Tal prática, associada a uma política de universalização da atenção sugere o caráter complementar e não substitutivo do PSF (VIANA e DAL POZ, 1998). Somente a

partir de 1998 é que deixa de ser programa para tornar-se uma estratégia e um modelo para a atenção básica no SUS, mais abrangente e de caráter substitutivo das práticas convencionais (CONILL, 2008; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

O PSF deixa de ser apenas um programa setorial de saúde para tornar-se Estratégia de Saúde da Família (ESF) uma vez que objetiva estruturar todo o sistema público de saúde, redirecionando as prioridades e reforçando os princípios organizativos do SUS (CONILL, 2002). No contexto da sua inovação estão: um ambiente propício para a implementação de políticas de saúde, o perfil epidemiológico do Brasil, as experiências de modelos de atenção à saúde inovadores no país e a influência internacional incentivando políticas fortemente centradas na APS. Nesse sentido, a ESF surge como uma possibilidade de privilegiar as ações de atenção básica nas regiões de risco, ampliando o acesso aos serviços e promovendo equidade no acesso (ANDRADE LOM et al., 2006).

Entretanto, o impacto da ESF na saúde da população está relacionado à sua capacidade de integrar-se com os demais pontos das redes de atenção à saúde no SUS. Assim, após a sua expansão, a ESF tem o desafio de consolidar-se qualificando suas ações e sendo a coordenadora e ordenadora da assistência em saúde (ANDRADE LOM et al., 2006).

Apesar da implantação do PSF ter ocorrido em um contexto de racionalização dos gastos em saúde decorrente da crise dos anos 90 e seu início ter se dado em regiões de maior risco e considerando as diversidades regionais, sociais, econômicas, políticas e administrativas, essa focalização pode ser considerada inclusiva tendo em vista a possibilidade de acesso de grandes grupos populacionais que não tinham um mínimo de garantias sociais (SISSON, 2007).

Desde 1997, com a Portaria GM 1886 de 18 de dezembro, o PACS e a ESF devem alimentar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) com suas produções para que seja possível a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (MS, 1997).

A Atenção Básica tem seus princípios e diretrizes reforçados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pode ser definida como:

*um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o*

*tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (MS, 2011a; p.3)*

Além disso, a PNAB tem na Saúde da Família sua principal estratégia para a expansão e consolidação da Atenção Básica, deixando claro que outras formas de organização também devem seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS.

A Estratégia de Saúde da Família é definida por ANDRADE LOM et al. (2006) como

*um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido(p. 804).*

Em 2003, o MS incentiva a expansão e consolidação da ESF nos municípios maiores de cem mil habitantes, mediante apoio financeiro, por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Tal projeto objetiva, no componente I, a conversão do modelo de Atenção Básica para a ESF em grandes centros urbanos no sentido de reorganizar a AB, tendo a ESF como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. No componente II o PROESF prevê o fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente na ESF. No componente III, é previsto o fortalecimento da gestão federal e o apoio e fortalecimento das gestões estaduais e municipais na AB e ESF (MS, 2012).

A PNAB compreende ainda, a APS sendo resolutiva para os problemas mais comuns de saúde e a coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, retomando a discussão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como

*estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões*



*assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e tem diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e a atendendo as suas necessidades de saúde (MS, 2011a; p.4).*

Considerando a evolução do financiamento do SUS nas três esferas de governo durante o período de 2002 a 2008 analisados por LEVI e SCATENA em 2011, os recursos provenientes da União foram os que apresentaram menores elevações, diferentemente dos estados e do conjunto de municípios, evidenciando considerável influência sobre a regionalização, visto que o processo baseia-se na pactuação entre os entes federados para que a população de uma região possa ter acesso a uma rede de serviços de saúde dispostos regionalmente. Nesse sentido, a diminuição ou a estabilização dos recursos financeiros destinados à saúde tendem a dificultar avanços neste processo, ao passo que a garantia de financiamento pode auxiliar sua consolidação pela ampliação da oferta de serviços de saúde e/ou a melhoria da sua qualidade. Sendo a regionalização uma importante estratégia para a descentralização, as negociações políticas em torno do financiamento à Saúde, bem como as relações de poder entre os entes federados necessitam ser trazidas à tona para que resultem na qualificação dos serviços de saúde prestados à população (LEVI e SCATENA, 2011).

Em 2006, o Pacto pela Saúde estabeleceu a junção das transferências de recursos federais em cinco grandes blocos de financiamento, incluindo um específico para a Atenção Básica, tendo em vista sua importância e o compromisso dos gestores do SUS acerca da sua prioridade. Além do financiamento público da saúde ser tripartite, o Pacto estabelece a saúde como um direito de cidadania e o SUS o sistema garantidor desse direito mediante política de Estado e não de governos. A estratégia de Saúde da Família foi o modelo de atenção básica escolhido para ser o ordenador das redes de atenção à saúde do sistema, sem desconsiderar os outros modelos de organização da Atenção Básica, desde que privilegiem os princípios da estratégia de Saúde da Família e as especificidades locais. Por meio do componente Pacto de Gestão do SUS, a regionalização e a descentralização foram incentivadas e os municípios foram distribuídos em Regiões de Saúde (RS) formando os chamados Colegiados de Gestão Regional (CGR), reforçando os territórios como base para a organização dos sistemas. “O CGR deve ser formado pelos gestores municipais de

saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso (...)” (MS, 2006, p7).

Modelos de atenção ou modelos assistenciais referem-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou práticas de saúde. Tem o enfoque para além do biológico e da fragmentação dos processos de trabalho, estando voltados às necessidades dos usuários. Modelos de atenção podem ser definidos, como:

*combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais e coletivas. São uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnicos científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde ( P A I M , 2 0 0 8 ; p . 5 5 4 e 5 5 5 )*

Para muitos municípios a universalização dos serviços de atenção básica, sua reorganização e a mudança no modelo assistencial ainda constituem-se desafios a serem transpostos, acarretando incertezas na implementação e efetivação da integralidade da atenção como um princípio do SUS (BODSTEIN, 2002).

O aumento dos custos e a queda da qualidade dos serviços de saúde leva, segundo BODSTEIN (2002), à necessidade de priorizar os recursos financeiros em programas de prevenção e de atenção básica no intuito de reorganizar e fortalecer esse nível de atenção para que haja de fato uma ampliação da cobertura e da oferta de saúde.

GÖTTEMS e PIRES (2009) em revisão teórica realizada acerca dos limites e possibilidades da Atenção Básica em desencadear e reorganizar os serviços de saúde no SUS, afirmam que “embora [a AB] seja espaço político para a produção de saberes e tecnologias partilhadas de poder, tem pouca influência no reordenamento do mercado em saúde no Brasil, comprometendo seu potencial para inversão do modelo de atenção”(p.189). Concluem que a AB deve estar melhor articulada aos serviços de urgência, de especialidades e de diagnóstico, sendo capaz de interferir nas relações de mercado, com a interseção do político com o econômico para a sustentabilidade do SUS e a redução das iniquidades (GÖTTEMS e PIRES, 2009).

Em julho de 2011 o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), com o objetivo

de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica com financiamento via pagamento no componente Piso de Atenção Básica (PAB) variável e o cumprimento de alguns requisitos e dos princípios previstos na PNAB. Mediante a adesão voluntária de equipes de saúde de atenção básica e de gestores municipais, o programa pretende estimular equipes de saúde na análise acerca do processo de trabalho com posterior construção de soluções a partir da identificação de problemas. Além disso, objetiva estimular a efetiva mudança do modelo de atenção e o fortalecimento da orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários. Também pretende criar parâmetros de comparação das equipes de atenção básica considerando as diferentes realidades de saúde (MS, 2011b).

Também em 2011, outras iniciativas de incentivo à Atenção Básica foram lançadas pelo MS: revisão do valor do PAB fixo com aumento para os municípios que mais necessitam, alteração do valor do PAB variável, parceria com a Secretaria da Educação para incentivar a formação de profissionais para atuarem na Atenção Básica e criação do Programa de Requalificação das unidades básicas de saúde.

### 1.3- ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Atenção Básica no Estado de São Paulo possui uma organização heterogênea e pouco conhecida, com a ESF oferecendo cobertura populacional em torno de 27,52% segundo estimativa do MS para a competência dezembro de 2010. (MS, 2012). Além da ESF, há uma extensa rede de Unidades Básicas tradicionais e Unidades Básicas que utilizam os princípios norteadores da ESF, mas que se estruturam a partir de outros arranjos organizacionais. Segundo CASTANHEIRA et al. (2007) há uma diversidade de tipos organizacionais em que muitas unidades de saúde apresentam deficiência quanto a estrutura física e ao processo de trabalho.

No estado de São Paulo, a substituição do modelo assistencial centrado na atenção hospitalar e na assistência a doenças pela ESF é dificultada pela existência prévia de uma rede de AB organizada a partir dos centros de saúde. Em muitos municípios, a implantação das ESF se deu nas periferias, concorrendo com os centros

de saúde, resultando na sobreposição das modalidades, duplicidade de intervenções, fragmentação da rede e alto custo do setor. Essa diversificação de tipos de organização da AB dentro do estado deve ser reconhecida, embora a ESF seja a forma de organização prioritária (SOUZA et al., 2009).

O estado de São Paulo possui, em média, uma unidade básica de saúde para 9.211 habitantes. Para os municípios menores, essa proporção cai para em torno de 3.000 habitantes, chegando em 20.000 por unidade de saúde na Grande São Paulo (CASTANHEIRA et al., 2011).

Essa heterogeneidade é explicada por PAIM (2008) visto que diante da diversidade de perfis epidemiológicos nos distintos territórios do país, da realidade de saúde nas diferentes regiões e da necessidade de atendimento integral às demandas de saúde individuais e coletivas, um modelo de atenção único para o SUS não teria sentido.

Na Agenda do Gestor Municipal de Saúde do Estado de São Paulo de 2009, são expressos os marcos na trajetória da AB no estado. SOUZA et al. (2009) esclarecem que a diversidade de serviços que compõe a Atenção Básica no estado de São Paulo provém de bases históricas decorrentes do cenário político, da forma como os serviços foram sendo organizados, bem como da operacionalização das práticas de saúde no estado. Assim, antes de 1923 as ações de saúde baseavam-se em campanhas sanitárias de combate às endemias, principalmente as vacinações e as higienizações do meio ambiente. Posteriormente, surgem os centros de saúde, que ofertavam atendimento aos grupos populacionais prioritários e aos principais agravos à saúde. Além dos centros de saúde, foram montadas unidades especializadas em um único problema ou para o atendimento de um único grupo populacional, como os postos de puericultura, os postos de malária, os dispensários de lepra. Também existiam os postos de higiene, responsáveis por ações de orientação e práticas preventivas, trazendo pouca efetividade para as necessidades assistenciais. A partir da década de 50, com a incorporação da assistência médico-hospitalar, o Modelo Médico Assistencial Privatista passa a competir com o Modelo Sanitário. Mais tarde, a reforma Leser propicia algumas mudanças: desconcentração técnico-administrativa, responsabilidade sanitária no território dos centros de saúde, incorporação de programas de saúde voltados à mulher, criança e adulto, entre outros. Este modelo,

juntamente com o movimento internacional pela APS desencadeado com a Conferência de Alma Ata, definiu a APS como porta de entrada para o sistema de saúde. Com a criação do PSF na década de 90 e mais recentemente, a ESF é encarada como a principal estratégia para a organização da AB em todo o país (SOUZA et al., 2009).

O relacionamento dos municípios diretamente com a União propiciado pelo modelo de distribuição de recursos (federalismo fiscal) ocasionou um distanciamento dos governos estaduais junto aos municípios no que tange à coordenação das atividades intermunicipais, bem como maior possibilidade de conflitos entre os entes federados (VIANA e MACHADO, 2008).

Após o Pacto de Gestão em 2007 com a Deliberação CIB nº 153, as Regiões de Saúde no Estado de São Paulo foram formadas totalizando 64 RS, com seus respectivos CGR, constituindo-se em espaços geográficos contínuos, identificadas pelos gestores municipais e estadual segundo suas identidades culturais, perfil socioeconômico e epidemiológico, existência de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes. A oferta de serviços assistenciais não foi considerada para a formação das Regiões de Saúde. É no âmbito dos CGR que são tomadas as decisões regionais, com a assunção de responsabilidades, pactuações entre os entes federados do território e a eleição de prioridades para a construção de uma rede regional de serviços de saúde que seja resolutiva, integrada e cooperativa (SÃO PAULO, 2007).

A regionalização já era prevista na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 198 fazendo menção às ações e serviços de saúde organizados de modo regionalizado e hierarquizado a fim de oferecer um atendimento integral. Contudo, mais do que nomeação, territórios contíguos e delimitados e hierarquização de áreas, a regionalização deve constituir-se de um “processo de pactuação política no âmbito de planejamento territorial e nacional entre os entes federados (...) embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território (...) e passa a depender muito mais de uma estrutura de caráter político que técnico” (VIANA et al., 2008; p.98-99).

Diante das especificidades do Estado de São Paulo em decorrência do alto grau de desenvolvimento econômico, seus investimentos na área da saúde, utilização de serviços e equipamentos de saúde e um sistema de saúde complexo caracterizado por

uma relação público-privado, a Secretaria de Estado da Saúde enfrenta enorme desafio no sentido de estabelecer seu papel e poder na regionalização e descentralização do SUS. Para que haja progresso na regionalização, faz-se primordial considerar as influências na organização e regulação do território pelo setor privado na conformação dos sistemas loco regionais de saúde (VIANA et al., 2008).

A partir da década de 90, o tema das redes de atenção à saúde ressurgiu em decorrência da crise da saúde nos países desenvolvidos, surgindo novas propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados em diversos países (OPAS, 2011). Em 2010, a OPAS divulga um documento como uma alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde de seus países-membro, propondo a constituição das redes integradas de serviços de saúde (OPAS, 2010).

MENDES (2011) define as redes integradas de atenção à saúde como sendo:

*organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada em tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população( p.82).*

Os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde são basicamente três: 1) a atenção à saúde baseada na população adscrita à rede; 2) a estrutura operacional constituída pelas ligações materiais e imateriais que possibilitam a comunicação e articulação da AB com os demais pontos de atenção e 3) o modelo de atenção voltado para as condições crônicas e agudas (OPAS, 2011).

Em maio de 2011 foi elaborado um documento pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) em parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS-SP) denominado Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo<sup>1</sup>, com o objetivo de garantir a universalidade e integralidade da assistência

---

<sup>1</sup> Termo de Referência para a estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo SES SP-COSEMS SP. Acesso em 09 de janeiro de 2012. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/termo-de-referencia-para-a-estruturaacao-de-redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/termo\\_de\\_referencia\\_redes\\_regionais\\_de\\_atencao\\_a\\_saude.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/termo-de-referencia-para-a-estruturaacao-de-redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/termo_de_referencia_redes_regionais_de_atencao_a_saude.pdf)

a toda população. Foram realizadas oficinas regionalizadas com a participação de gestores dos municípios, COSEMS-SP e SES-SP para discutir a construção, auxiliar na elaboração do desenho e do modelo de gestão das RRAS para posterior homologação do desenho e aprovação pelos CGR. Segundo o Termo de Referência, os territórios que compõe as RRAS devem ter suficiência na Atenção Básica e na Média Complexidade e parte da Alta Complexidade, além de funcionar em economia de escala para ofertar ações e serviços de saúde. Seus pontos de atenção podem estar localizados em outras RRAS para que o princípio da integralidade do cuidado possa ser alcançado.

O DRS XIV composto pelo CGR Rio Pardo, CGR Mantiqueira e CGR Baixa Mogiana, juntamente com o CGR Oeste VII e CGR Campinas, pertencentes ao DRS VII de Campinas, passaram a compor a RRAS 15 após a aprovação do desenho de rede pela Deliberação CIB 36 de 21 de setembro de 2011. A RRAS 15 é composta por 42 municípios e uma população de 3.570.748 habitantes, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística realizado em 2010 (SÃO PAULO, 2011).

A partir dessa constituição em RRAS, a implantação das quatro redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde a partir de 2011 deverão respeitar tal desenho. São essas as redes: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Oncológica, devendo todas ter a centralidade na Atenção Básica e serem coordenada por ela.

No processo de regionalização em curso e no intuito de retomar o papel do Estado, em março de 2009 a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) implantou um programa denominado Articuladores da Atenção Básica (AAB) com objetivo de oferecer apoio técnico principalmente aos municípios menores de cem mil habitantes nas questões relativas à Atenção Básica, envolvendo avaliação, monitoramento e desenvolvimento da capacidade de gestão municipal. O programa utiliza profissionais da SES, desempenhando uma função específica criada inicialmente pela Resolução SS 187 de 05-12-2008 (SÃO PAULO, 2008) e posteriormente ajustada pela Resolução SS 61 de 14-06-2011 (SÃO PAULO, 2011), totalizando 85 AAB distribuídos nas 64 Regiões de Saúde (RS) do Estado, selecionados mediante critérios técnicos e acompanhados por meio da plataforma

*moodle* e de encontros no início do programa de periodicidade mensal e em 2010 e 2011 bi ou trimestral, com todos os AAB do Estado de São Paulo, a coordenação da Atenção Básica da SES e monitores ligados às universidades para discussão e planejamento das ações a serem desenvolvidas junto aos municípios assessorados.

O AAB auxilia os gestores municipais na identificação de problemas e na formulação de estratégias para superá-los, colaborando com a qualificação dos processos de trabalho nas unidades básicas de saúde sem, no entanto, deixar de lado a integração loco-regional, resgatando o papel da SES no desenvolvimento de sistemas regionalizados. O programa de AAB é uma política de investimento na qualificação da Atenção Básica e que favorece o fortalecimento da integração entre Estado e município.

No início do programa de AAB em março de 2009, cada Articulador realizou um diagnóstico dos municípios a serem assessorados, bem como da sua região de atuação, no que concerne a aspectos demográficos, sociais, econômicos e de saúde.

O AAB da RS Rio Pardo foi bem acolhido pelos gestores municipais e pelas unidades de saúde que compõe a região que, no início da implantação do programa, demonstraram certa preocupação com relação ao papel do Articulador, caso este fosse desenvolver ações de fiscalização e auditoria. No entanto, após orientações e esclarecimentos sobre as atribuições do AAB e o início do trabalho, tanto gestores municipais quanto profissionais das unidades de saúde passaram a visualizar o Articulador como um apoiador e parceiro, tendo estabelecido relações de confiança, o que se traduz pelas constantes solicitações: de visitas e das diversas formas de comunicação.

Por outro lado, profissionais do DRS puderam observar que o trabalho do Articulador possibilitou-lhes maior proximidade aos serviços municipais de saúde, decorrentes da estreita relação de trabalho do Articulador com os municípios e do conhecimento das realidades e especificidades locais. Faz-se necessária cautela na atuação do Articulador devido à tendência de execução de ações não pertinentes à função, tanto por solicitação dos municípios quanto pelos profissionais do DRS.

Desde a sua implantação, um dos trabalhos desenvolvidos pelos AAB consiste no esforço em reorganizar os processos de trabalho nas unidades básicas de saúde resgatando as reuniões em equipe, promovendo oficinas e treinamentos integrados



com o DRS e o Grupo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária vislumbrando qualificar a gestão do cuidado.

Consistente apoio tem sido despendido para a melhoria da assistência ao pré-natal e nascimento nos municípios e na região objetivando a diminuição da mortalidade infantil e materna. Nessa perspectiva, a SES-SP lançou em 2010 a Linha de Cuidados à Gestante e Puérpera no SUS, que estabelece todo o trajeto das gestantes dentro do sistema de saúde nos diferentes níveis de atenção. Também nesse sentido, a SES-SP desenvolveu a Linha de Cuidados para hipertensos e diabéticos. Ambas encontram-se em fase de implantação, necessitando ainda grande esforço coletivo para a sua efetivação.

Além disso, em 2010, uma das frentes de trabalho dos AAB foi a divulgação e orientação aos gestores municipais e gerentes das unidades de saúde sobre uma forma de avaliação das unidades básicas utilizando um questionário denominado Quali AB, que será abordado mais adiante. Outras frentes de atuação dos Articuladores, bem como todo o processo de implantação do programa encontram-se descritos em artigo publicado por ANDRADE MC e CASTANHEIRA em 2011.

Em março de 2010 a SES SP em parceria com o COSEMS promoveu o Seminário da Atenção Básica que resulta no Documento Norteador da Atenção Básica no Estado de São Paulo contendo diretrizes para o fortalecimento da AB no Estado. Encontra-se estruturado em três grandes eixos: regionalização e AB, modelo de organização da AB e gestão do trabalho, sendo os eixos organizados em princípios e estratégias de ação. Esse documento foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite segundo a Deliberação CIB 27 visando à formulação da Política de Atenção Básica no Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2010).

Com relação ao apoio financeiro da SES-SP para os municípios voltados para a Atenção Básica nos últimos anos, alguns recursos foram disponibilizados e permanecem até os dias atuais. A transferência ocorre mediante a utilização de critérios como baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), quantitativo populacional, aos municípios que possuem características peculiares como população cortadora de cana de açúcar, entre outros. São exemplos dessas modalidades de apoio: recurso Qualis Mais, Qualis UBS, Sorria São Paulo, Renova Saúde, Assistência Farmacêutica na AB.

Esses recursos são transferidos aos municípios por intermédio de termos aditivos ou de forma direta e regular do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento de ações e serviços de saúde realizados no âmbito da AB, componentes de programas e estratégias do SUS SP (SÃO PAULO, 2008). Assim, esses recursos podem, por exemplo, ser gastos com custeio da AB, aquisição de insumos para Diabetes Mellitus e medicamentos, reforma, aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais, pagamento de serviços de terceiros, entre outros.

## 1.4-AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

### 1.4.1-Avaliação de processos e do impacto da AB no Brasil

Após a Segunda Guerra Mundial a necessidade de melhorar a aplicação de recursos pelo Estado motivou o surgimento do conceito de avaliação de programas públicos, com o desenvolvimento de vários métodos que analisassem as vantagens e custos desses programas (UCHIMURA e BOSI, 2002).

Para definir avaliação, FIGUEIRÓ et al. (2010) utilizam-se de um amplo conceito expresso por Champagne et al. em que

*Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações (FIGUEIRÓ et al., 2010, p.6).*

Frequentemente, a garantia e a avaliação da qualidade técnica do cuidado são interpretados pelos profissionais como sendo constrangedores e até mesmo de caráter punitivo e persecutório, tanto que os controles de qualidade mais tradicionais tendem a ser restritivos, estanques e desvinculados aos demais níveis da organização (Malik citado por SCHRAIBER et al., 1999).

NOVAES (2000) publica um artigo como parte de sua tese de livre docência, justificando a realização de uma revisão da literatura acerca da avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde em decorrência das inúmeras possibilidades conceituais e metodológicas relacionadas ao tema, bem como a crescente demanda por instrumentos que subsidiem a tomada de decisões diante da dinâmica dos serviços de saúde. Nesse sentido, as variáveis utilizadas pela autora para a construção de tipologias de avaliação foram: 1) objetivo da avaliação; 2) posição do avaliador; 3) enfoque priorizado; 4) metodologia predominante; 5) forma de utilização da informação produzida; 6) contexto da avaliação; 7) temporalidade da avaliação e 8) tipo de juízo formulado.

A avaliação de programas e serviços de saúde com ênfase na subjetividade inerente ao processo de avaliar, bem como a importância da incorporação da perspectiva dos atores sociais envolvidos no processo avaliativo é discutida em artigo de UCHIMURA e BOSI (2002). As autoras mencionam a metodologia qualitativa de pesquisa social como um proveitoso instrumento de avaliação.

Entre as ações de planejamento e gestão, as avaliações das ações e serviços de saúde vêm ocupando centralidade, sendo considerados cada vez mais os contextos em que ocorrem. Em decorrência disso, surgem variadas estratégias metodológicas (BOSI e UCHIMURA, 2007). Segundo as autoras, a diferenciação entre avaliação qualitativa e avaliação da qualidade é necessária para que possam ser construídas propostas avaliativas que superem as perspectivas tradicionais excludentes. “Nesse sentido, a avaliação qualitativa, por contemplar aspectos circunscritos ao plano da subjetividade, incorpora-se à avaliação da qualidade como uma possibilidade dessa última” (BOSI e UCHIMURA, 2007; p.151).

Estudo desenvolvido no Estado do Rio Grande do Norte em 2004 avaliou a inserção da saúde bucal na ESF e os fatores que auxiliam ou dificultam a implantação dessa estratégia. A avaliação deu-se sob três dimensões: organização do trabalho na equipe de saúde bucal, acesso da população aos serviços de saúde bucal e estratégias de programação (diagnóstico epidemiológico e avaliação das ações) desenvolvidas pela equipe. Concluiu-se que a maioria dos municípios não avançou no modelo assistencial em saúde bucal após serem incorporados na ESF, apresentando os seguintes nós: precarização das relações de trabalho, dificuldade de

encaminhamentos para serviços de média e alta complexidades, fragilidade no desenvolvimento de ações intersetoriais e estratégias de programação, infraestrutura inadequada e deficiência no registro das informações desempenhadas. Os resultados foram relacionados a outros indicadores como IDH, mortalidade infantil, baixa esperança de vida ao nascer, percentual de crianças analfabetas, no intuito de demonstrar que políticas de saúde “sozinhas” têm efeito limitado, devendo estar vinculadas às políticas de educação, emprego, renda, moradia. Assim, municípios com políticas públicas mais definidas e com melhores condições socioeconômicas tendem a possuir também modelo de atenção à saúde mais estruturados (SOUZA e RONCALLI, 2007).

MACINKO et al. (2006) utilizando dados secundários, avaliaram o impacto da ESF nas taxas de mortalidade infantil de 1990 a 2002 em 27 estados brasileiros por meio de um estudo ecológico longitudinal. A cobertura da ESF no período subiu de zero para 36% e o aumento de 10% da cobertura de ESF esteve associado a um decréscimo de 4,5% nas taxas de mortalidade infantil, controlando-se os determinantes da saúde. O analfabetismo nas mulheres, as taxas de fertilidade e a renda tiveram associação positiva com as taxas de mortalidade infantil. Os autores concluem que embora a ESF não seja a única causa relacionada à diminuição da mortalidade infantil, ela representa importante papel neste declínio.

Estudo realizado por HENRIQUE e CALVO em 2008 avaliando a ESF nos municípios do estado de Santa Catarina nos anos de 2001 e 2004 utilizando a metodologia de Donabedian, revela que apesar da significativa ampliação da cobertura populacional pela estratégia indicando melhoria do acesso, o indicador “índice de mudança no modelo assistencial” não sofreu alteração e o indicador impacto não demonstrou alteração significativa, podendo ser decorrente da deficiência de trabalho em equipe e da falta de abordagem integral em saúde.

Em 2009 estudo realizado por CASTANHEIRA et al. (2009), descreve as características organizacionais dos serviços de AB em 37 municípios do Centro-Oeste paulista após compilação de um questionário auto-respondido pelos gerentes e/ou equipe técnica das unidades básicas desses municípios. Os resultados foram agrupados em três dimensões: estrutura e características institucionais; organização das ações de atenção à saúde e gerenciamento e trabalho em equipe, com todas as

unidades apresentando problemas de estrutura. No entanto, as ESF demonstraram características organizacionais mais coerentes com as recomendações da Política Nacional de Atenção Básica que os demais tipos de unidades básicas, apesar dessa tendência não ser uniforme dentro do mesmo tipo de unidade.

CHOMATAS (2009) avaliou a presença e a extensão dos atributos da APS na rede de saúde de Curitiba no ano de 2008, comparando as unidades de ESF com as de modelo tradicional e usando o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, PCATool-Brasil. Participaram do estudo 490 profissionais médicos e enfermeiros pertencentes a 90 unidades de saúde do município. Para os atributos de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e comunitária, as unidades de ESF obtiveram escores médios e percentual de alto escore significativamente maiores do que as unidades tradicionais. Na comparação de ESF com unidades tradicionais, o quesito coordenação não mostrou diferença estatisticamente significativa. Segundo os profissionais, os resultados permitem evidenciar que a ESF apresenta maior presença e extensão dos atributos da APS.

AQUINO et al. (2009) avaliaram o impacto da ESF sobre as taxas de mortalidade infantil em 771 municípios brasileiros de 1996 a 2004, controlando as variáveis demográficas, sociais e econômicas. Observaram que o impacto da ESF foi maior em municípios com as maiores taxas de mortalidade infantil e menores índices de desenvolvimento humano, podendo, portanto, contribuir com a diminuição de iniquidades. Após controlar as variáveis de confusão, a redução das taxas de mortalidade foi de 13% nos municípios com cobertura de ESF menor que 30%; 16 % para aqueles com cobertura de ESF entre 30 e 69,9% ou maior que 70% mas com menos de 4 anos de implantação e de 22% para municípios com mais de 70% de cobertura de ESF e 4 ou mais anos de implantação.

FERNANDES et al. (2009) realizaram um inquérito de morbidade hospitalar no município de Montes Claros utilizando os indicadores de internação associados à variáveis socioeconômicas e de saúde para avaliação da ESF, partindo do pressuposto de que serviços de Atenção Básica resolutivos evitariam internações desnecessárias, constituindo-se, portanto, em um indicador de qualidade da assistência à saúde. Os autores concluem que, dentre as variáveis estudadas, a idade,

escolaridade e internações prévias encontram-se associadas às internações sensíveis à AB. Diferentemente, pacientes que têm o controle regular da saúde fora da ESF possuem o dobro da probabilidade de internação.

Ainda na linha das hospitalizações, MACINKO et al. (2010) avaliaram as internações por causas sensíveis à AB no Brasil, especificamente as doenças crônicas e entre elas a doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e asma, no período de 1999 a 2007, relacionando-as à expansão da ESF. Foram analisadas as internações de 5.507 municípios e os resultados permitem sugerir que a expansão da ESF encontra-se associada ao declínio dessas internações, visto que em municípios com alta participação no programa, as taxas de internações por doenças crônicas mostraram-se 13% mais baixas do que em municípios com baixo cadastramento, mantidos constantes os outros fatores.

Estudo realizado por MOURA et al. (2010) objetivou avaliar a estrutura das unidades básicas de saúde de dois municípios do estado da Bahia, comparando unidades de Saúde da Família e unidades de saúde convencionais por meio de três componentes: ambiente físico, recurso material e pessoal. Como resultado, observou deficiências estruturais nos três componentes, comprometendo a reversão do modelo de atenção à saúde. Os autores concluem o estudo reiterando a necessidade de valorização dos componentes estruturais nas avaliações e na gestão de saúde, embora haja limitação das relações causais entre estrutura dos serviços e os resultados obtidos.

FRIAS et al. (2010) faz referência ao Ministério da Saúde da Nova Zelândia o qual considera que a melhoria da qualidade dos serviços depende da busca contínua dessa qualidade e do envolvimento de gestores, profissionais e usuários, entre outros, priorizando o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e a capacitação dos recursos humanos, possibilitando o alcance de melhores resultados.

#### 1.4.2-Institucionalização da avaliação da Atenção Básica

É notória a preocupação do Ministério da Saúde com a avaliação da AB no país, estando traduzida, por exemplo, pela constituição de uma Comissão de Avaliação da Atenção Básica pela Portaria GM 676 de 03 de junho de 2003 (MS, 2003a) e a criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no nível central.

Essa Comissão elaborou em 2003 o Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, que objetiva estabelecer consensos sobre a concepção de AB, sobre avaliação da situação de saúde da população e quais os objetivos devem ser considerados na avaliação da AB. Ainda nesse documento, são constatados que os processos de avaliação encontram-se incipientes, desvinculados da prática cotidiana dos serviços de saúde. Quando ocorrem, são muito mais em decorrência de medidas punitivas e burocráticas do que com a finalidade de subsidiar a gestão e o planejamento das ações de modo participativo e cooperativo entre gestores, profissionais e usuários de saúde (MS, 2003b).

Um dos importantes instrumentos para a avaliação e o monitoramento da Atenção Básica, proposto pelo MS, constitui-se no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instrumento destinado a auxiliar profissionais e gestores na tomada de decisões técnicas, para redefinição e reprogramação das ações a serem desenvolvidas em nível local. Contudo, esse sistema de informação nem sempre é utilizado de acordo com suas finalidades principais. Muitas vezes, no cotidiano dos serviços, acaba por constituir-se em mero instrumento de alimentação de dados, como parte de um processo burocrático para o recebimento de repasses de recursos financeiros, ou seja, a não alimentação dos dados no tempo e prazos estipulados verticalmente pelo MS, acarreta a suspensão de tais repasses para os municípios (VASCONCELOS et al., 2008).

Mediante Portaria GM 3.925 de 1998 que aprova o manual para a Organização da Atenção Básica e a Portaria 476 de 1999 que regulamenta o processo de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica, o MS institui um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde na AB denominado Pacto

de Indicadores da AB. Tal instrumento emerge objetivando orientar a avaliação e o monitoramento da AB no SUS, resultando na pactuação, pelas três esferas de gestão, de metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente acordados. A partir daí, anualmente, mediante portarias específicas, novos indicadores de saúde são pactuados e as metas anteriores são analisadas pela esfera federal (MS, 2003c). Entretanto, as pactuações não ocorrem de maneira homogênea em todo Brasil, trazendo à tona o desafio de transformar a avaliação em um processo realmente capaz de induzir mudanças na oferta e na qualidade dos serviços prestados, muito mais do que se constituir meramente em um processo burocrático (Medina citado por MS, 2003c).

No período de junho de 2001 a agosto de 2002, o MS por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), visando aprimorar os mecanismos de avaliação da AB, realizou uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF no Brasil, analisando questões relacionadas à estrutura física das unidades de saúde, outras relacionadas à gestão e questões referentes ao processo de trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal cadastradas no SIAB no mês anterior à coleta de dados. Utilizou um questionário respondido por um ou mais profissionais da equipe. Concluiu que em torno de 80% das equipes trabalhavam com população adscrita de até 4500 pessoas. Com relação à infraestrutura, apontou que os consultórios de enfermagem tiveram desempenho desfavorável, principalmente nas regiões Sul e Sudeste. As unidades tinham uma quantidade aquém da desejada de equipamentos, insumos e medicamentos, comprometendo a qualidade das ações ofertadas e limitando o elenco de serviços que deveriam ser realizados na Atenção Básica. No relatório, ainda foram constatados que a carga horária efetivamente cumprida pelos profissionais, principalmente médicos e dentistas, foi inferior à contratada. Também foram observados precários vínculos trabalhistas, culminando em alta rotatividade dos profissionais. A avaliação não pareceu estar consolidada, tendo em vista que menos da metade das equipes utilizavam o SIAB para essa finalidade (MS, 2004).

Segundo STARFIED (2002), existe a necessidade constante de atualização dos padrões de qualidade com redefinição sucessiva dessa qualidade em busca do ideal. Sendo assim, quando um determinado padrão é alcançado, faz-se primordial atingir



um patamar superior, visto a impossibilidade de estabelecimento de padrões normativos de qualidade absolutos e imutáveis.

O Ministério da Saúde, assumindo seu compromisso de contribuir com a consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação da AB, propõe a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) como uma importante ferramenta a ser utilizada especificamente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família para a qualificação das ações de saúde e do cuidado prestado à população. Gestores municipais devem aderir ao programa de modo voluntário e participativo. Metodologicamente, a AMQ propõe a auto-avaliação aos atores envolvidos no processo: gestor, coordenação, unidades de saúde e equipes. A partir de um diagnóstico, a AMQ orienta a elaboração de estratégias de intervenção para a resolução dos problemas identificados. Segundo o documento técnico Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF, “a presente proposta situa a avaliação como instrumento permanente para tomada de decisões e a qualidade como um atributo fundamental a ser alcançado no SUS- devendo ambas ser apropriadas por qualquer profissional envolvido com a ESF”(MS, 2005b; p.9).

CONILL (2006) reflete sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da Atenção Básica, além da centralidade em se reconhecer a relatividade da noção de valor que orienta as escolhas políticas, programas e a avaliação. A parcimônia refere-se à seleção de indicadores que se mostrem viáveis e válidos nos diferentes níveis de gestão. O diálogo poderá orientar a escolha de estratégias educacionais que promovam interação entre ensino e aprendizado. E por fim, a continuidade, como um princípio que leva em conta a adesão dos profissionais.

Para FELISBERTO (2004, 2006), para que haja a institucionalização da avaliação como uma rotina dentro das organizações de saúde é importante a “qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos” (p.561).

Ao implementar a avaliação como um mecanismo de gestão dos sistemas e serviços de saúde, capaz de contribuir com o planejamento, a tomada de decisões, a

organização dos serviços baseados nas fragilidades e debilidades encontradas, deve-se atentar para o risco das práticas avaliativas tornarem-se tecnocráticas e um mero ritual, assim como muitas vezes ocorre com o planejamento e programação das ações de saúde nas esferas de gestão do SUS. Assim, além da incorporação das técnicas, métodos e instrumentos que conferem cientificidade às práticas de saúde, faz-se primordial levar em conta a criatividade, intuição e invenção do novo (TEIXEIRA, 2006).

A utilização de abordagem transdisciplinar para avaliar sistemas, serviços e programas de saúde baseia-se na avaliação como essencialmente um campo de aplicação de outros saberes e práticas, havendo a necessidade de incorporar conhecimentos dos próprios profissionais envolvidos com o processo de trabalho para auxiliar na tomada de decisões, tornando-a mais participativa e democrática. Nesse sentido, a avaliação em saúde pode ser “uma possibilidade de transcender o cotidiano para nos levar de volta a ele, com ações concretas e que possuam um significado e uma construção coletiva (TANAKA e MELO, 2000; p.118).

FELISBERTO (2006) ao citar Sanders esclarece que existem algumas razões para a não incorporação da avaliação como rotina: 1) a incerteza com relação aos benefícios; 2) incerteza de resultados positivos decorrentes da prática da avaliação; 3) pouca evidência com relação ao custo benefício; 4) escassez de profissionais treinados para fazer as avaliações e 5) pouca evidência de benefícios no trabalho dos profissionais avaliados. Contudo, para o autor, o gestor estadual de saúde desempenha papel crucial no processo de institucionalização da avaliação da Atenção Básica.

Entretanto, a institucionalização da avaliação poderia dar-se à medida que os vários sujeitos sociais envolvidos pudessem utilizar informações mais objetivas na tomada de decisões de modo rotineiro em seu cotidiano (TANAKA, 2006). Ainda nesse artigo, o autor defende que o acultramento da avaliação na prática do cotidiano permite redirecionar o processo de capacitação e aprimoramento profissional.

IBAÑEZ et al. (2006) publicaram artigo referente ao Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) para o Desenvolvimento de Estudos Avaliativos (Linhas de Base) proposto pelo MS. O

estudo foi realizado em 62 municípios com mais de cem mil habitantes no Estado de São Paulo, agrupados em clusters, objetivando avaliar a organização e o desempenho dos serviços de Atenção Básica a partir da percepção de profissionais e usuários. A avaliação se deu a partir da aplicação de questionários abordando oito dimensões da AB. Avaliação feita por usuários e acompanhantes resultou em um índice geral de 50%, qualificado como pouco satisfatório. Já com relação à avaliação dos profissionais de unidades tradicionais e de PSF, o estudo aponta que trabalhadores atuantes na ESF demonstraram melhor desempenho. Ainda nesse estudo, as dimensões acessibilidade e porta de entrada obtiveram resultados semelhantes nas unidades tradicionais e ESF.

Durante a implantação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação apoiado financeiramente pelo PROESF, o MS propõe uma avaliação formativa de caráter normativo para analisar como ocorria essa implantação. Além disso, um dos objetivos foi desenvolver uma matriz de auto avaliação com abordagem de método rápido de avaliação, tendo como expectativa final que o instrumento pudesse auxiliar na verificação do alcance dos objetivos e ações do projeto (FELISBERTO et al., 2008).

Estudo realizado por VASCONCELOS et al. (2008) com técnicos e gestores da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará sobre suas concepções relacionadas às práticas de avaliação e monitoramento, aponta um distanciamento entre os objetivos e finalidades da avaliação e as práticas desenvolvidas nos serviços de saúde, não sendo capaz de induzir dinamismo aos serviços e nem atuar como um instrumento de gestão para facilitar processos decisórios e a formulação de políticas públicas. Além disso, são tecidas críticas às experiências verticais do MS na realização de avaliações centradas na mensuração de resultados, de modo quantitativo, em detrimento de abordagens qualitativas. Por fim, coloca como desafio a incorporação de maior subjetividade ao processo avaliativo, com a participação e construção conjunta dos diferentes atores envolvidos.

Estudo realizado por CAMARGO JR et al. (2008) para avaliação da Atenção Básica de trinta e um municípios dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo como parte de uma pesquisa financiada pelo MS em 2005, revelam que a ESF demonstrou

avanços em decorrência de importantes contribuições do PROESF. Contudo, a reordenação do modelo assistencial proposta pela ESF parece ainda distante, cedendo lugar ao modelo tradicional com trabalho medicocêntrico. As dificuldades relatadas foram: 1) indefinição das atribuições das unidades federadas e o excesso de centralização de poder decisório no nível federal; 2) gestão de recursos humanos com dificuldade de fixação de profissionais, especialmente médicos, em decorrência da escassez de financiamento e da Lei de Responsabilidade Fiscal; 3) dificuldade de difusão, análise e utilização de informações; 4) educação permanente; 5) grande diversidade de organização do trabalho na ESF, apesar da existência de normas regulamentadoras, com a manutenção do modelo vigente anterior à implantação da estratégia.

Mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo MS acerca da avaliação em Atenção Básica no período de 2000 a 2006 analisadas por ALMEIDA e GIOVANELLA (2008), demonstram que são consideráveis os números de estudos induzidos pelo gestor federal. As pesquisas iniciais feitas entre 2000 e 2002 focavam a análise da implantação da ESF no intuito de desvelar as fragilidades, potencialidades e os custos. Posteriormente, com os Estudos das Linhas de Base a partir de 2004, avanços puderam ser observados com a incorporação da avaliação de impacto, oficinas e outras estratégias para o compartilhamento das metodologias e resultados, envolvimento dos profissionais das secretarias estaduais e municipais nas etapas de desenvolvimento do projeto, capacitação desses técnicos para o monitoramento e avaliação, além de estratégias para a maior difusão dos estudos junto aos gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e interessados. Inquestionáveis são os esforços do MS no sentido de promover uma cultura avaliativa e de inserir a avaliação na agenda. Entretanto, as autoras questionam em que medida esses esforços serão capazes de subsidiar o planejamento local, as tomadas de decisão e auxiliar na elaboração de políticas públicas que atendam às necessidades de saúde da população.

Também pode ser observado crescente esforço por parte das agências estatais em incorporar dimensões anteriormente ignoradas na prática avaliativa como a subjetividade, alteridade e participação dos diversos atores sociais implicados ao processo. Assim, a avaliação qualitativo-participativa de políticas e programas leva

em conta a diversidade dos pontos de vista e as propostas de organização dos sistemas de saúde, no contexto local, com negociação entre os diferentes sujeitos envolvidos (BOSI e MERCADO-MARTINEZ, 2010). Os autores questionam ainda como dimensionar a reforma sanitária brasileira: “Que tipo de avaliação tem sido conduzida para compreender avanços, retrocessos e dificuldades vivenciados pelos programas e políticas do setor saúde? Que modelo se revela mais orgânico àqueles programas comprometidos com a universalidade, a justiça e o controle social? Em que bases se pode sustentar o êxito ou o “fracasso” de movimentos de reforma?” (p.568).

Em 2010, com o propósito de resgatar seu papel e fortalecer o apoio aos municípios com os Articuladores de Atenção Básica, a SES-SP, por meio do Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, divulga um instrumento: Questionário Avaliação da Qualidade dos Serviços de Atenção Básica denominado Quali AB. O questionário é fruto de parceria da SES-SP com a Equipe Quali AB (Unesp), sendo auto aplicável pelas equipes de saúde. Foi construído e validado entre 2006 e 2007 em pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp) financiada pela linha de fomento Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e a iniciativa de institucionalização foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite em maio de 2010, como uma estratégia para estimular uma cultura avaliativa com a participação de gestores municipais e equipes locais de saúde, além de constituir-se de um instrumento de gestão da AB. O questionário leva em conta as características estruturais, da organização da assistência e da gerência local. Todo o processo de construção e validação do instrumento Quali AB, bem como suas características e potencialidades podem ser encontradas em artigo de CASTANHEIRA et al. (2011).

Em 2011 a SES lança o Selo de Qualidade “Boas Práticas em Atenção Básica” no âmbito do Estado de São Paulo no intuito de valorizar a atuação das equipes de saúde municipais comprometidas com o cuidado e a atenção à saúde da população de seu território. Para o recebimento desse selo, as equipes devem seguir os seguintes requisitos: adequação ao modelo preconizado pelo MS, responsabilização do cuidado, acolhimento do usuário, registro adequado das consultas, equilíbrio de ações individuais e coletivas, espaços adequados de infraestrutura, reuniões periódicas de

equipe, atendimento de consultas de rotina e de demanda espontânea, entre outros. A avaliação da unidade básica é feita in loco por uma comissão externa composta por um integrante do DRS, um representante das universidades apoiadoras da região e um Articulador de Atenção Básica de outra RS. (RESOLUÇÃO SS 99, 2011).

Semelhante estratégia de indução da avaliação foi lançada pelo MS em 2011 com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituindo um incentivo financeiro denominado componente de qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. O programa é composto de quatro fases: I) adesão e contratualização; II) desenvolvimento; III) avaliação externa e IV) recontratualização. Na fase de adesão, equipes de unidades de saúde, gestores municipais e estaduais assumem compromissos com o MS. A fase II prevê a utilização de um questionário denominado AMAQ, Autoavaliação para a Melhoria da Qualidade, um instrumento para auxiliar no planejamento e reorganização das ações, respondido pela equipe da unidade, coordenadores e gestores municipais. Na fase III a unidade de saúde recebe a visita de uma comissão de avaliação externa, que classificará seu desempenho em regular, bom ou ótimo, havendo a possibilidade de duplicar o valor do incentivo financeiro recebido. A fase IV constitui-se na recontratualização por mais um ano, com o estabelecimento de novos padrões e indicadores de qualidade a fim de estimular a institucionalização e sistematização do processo de avaliação (MS, 2011).

Até 2011 o SIAB compilava as ações desenvolvidas apenas pelas equipes de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Com o PMAQ, torna-se ferramenta obrigatória a ser utilizada também pelas unidades básicas de saúde que, apesar de não serem classificadas como ESF, após cumprirem alguns critérios para se equiparar à ESF, foram consideradas equipes parametrizadas passíveis de adesão ao programa e, portanto, de alimentação sistemática do SIAB.

## 2- JUSTIFICATIVA

Na literatura, há um consenso sobre a necessidade e importância de se avaliar a qualidade da AB. Nesse sentido, a SES-SP promoveu o resgate da sua função de avaliação e monitoramento, por meio do apoio dos Articuladores de Atenção Básica, para a institucionalização da avaliação mediante utilização do instrumento Quali AB. Em decorrência da adesão de mais de 90% dos municípios do estado de São Paulo ao Programa de Avaliação e Monitoramento dos serviços de Atenção Básica em 2010, foi possível obter um panorama geral da qualidade desses serviços em todo o estado. Especificamente na RS Rio Pardo, apenas um município não aderiu ao Quali AB, o que permitiu complementar o diagnóstico da região elaborado anteriormente pelo AAB.

O presente projeto está vinculado às experiências do AAB da RS Rio Pardo, especialmente no tocante à avaliação da AB utilizando o instrumento Quali AB. No DRS XIV, a atuação dos AAB das três RS em parceria com a Vigilância em Saúde (VS) tem possibilitado o desenvolvimento de atividades junto aos municípios, beneficiando a incipiente integração existente anteriormente e cujos resultados trazem impacto na reorganização da Atenção Básica regional.

Vários estudos têm demonstrado a necessidade da participação de múltiplos atores em processos avaliativos no intuito de incorporar as experiências decorrentes dos diversos saberes, bem como considerar a subjetividade presente nesse contexto.

Sendo assim, pretende-se avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na RS Rio Pardo para subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais, auxiliar nos processos de tomada de decisão, respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais, almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, em última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da Atenção Básica e do SUS.

Diante do exposto, o presente projeto propõe como contribuições: a) avaliar as informações obtidas com a aplicação do questionário Quali AB na RS Rio Pardo, de modo que as unidades de saúde possam identificar suas fragilidades e

potencialidades dentro das dimensões Estrutura e Processo, identificando situações passíveis de mudanças que estejam sob sua governabilidade e as que dependem, por exemplo, de gestores municipais de saúde; b) identificar possíveis diferenças no tocante à avaliação de Estrutura e Processo segundo o modelo de atenção (ESF ou UBS com diferentes tipos organizacionais). Complementarmente, a percepção dos profissionais de saúde envolvidos na aplicação do questionário Quali AB também foi motivo de estudo, sendo coletadas informações relativas ao processo avaliativo, alguns resultados encontrados, a capacidade da avaliação nortear o planejamento e desencadear mudanças nos processos de trabalho.

### **3-OBJETIVOS**

#### **3.1-OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo por meio do instrumento Quali-AB, bem como verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre esse processo avaliativo.

#### **3.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Comparar indicadores de Estrutura e Processo segundo o modelo de atenção: ESF com UBS de diferentes tipos organizacionais.
- Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo avaliativo e a possibilidade de mudanças a partir dos resultados obtidos com a aplicação do Quali AB.



## 4-MÉTODOS

### 4.1- MODELO TEÓRICO

A abordagem da Atenção Básica em seu sentido restrito de nível de assistência ou como um meio de ofertar serviços a populações marginalizadas vem sendo substituída pela concepção de pilar de estruturação do sistema de saúde, com ampla disseminação desse conceito, bem como dos seus atributos e funções em âmbito internacional. Esse contexto favorece a proposição de estratégias para a reorganização da AB e a avaliação dos resultados obtidos (MENDES, 2002).

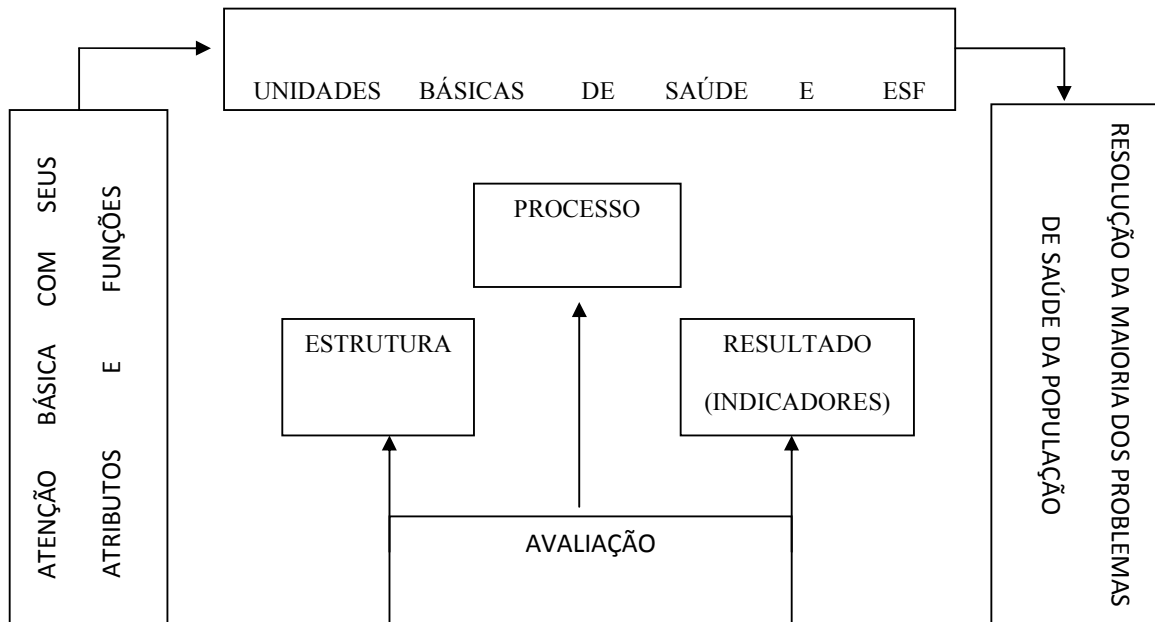
Os atributos essenciais e as funções dos serviços de Atenção Básica definidos por STARFIELD (2002) são ratificados pela Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2011). Desse modo, espera-se que a AB seja capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.

Em virtude da diversidade de serviços de AB, torna-se primordial a realização de avaliações relativas à sua organização, implantação e os impactos relacionados a ela, além da verificação de sua qualidade.

No Relatório Mundial de Saúde intitulado “Cuidados de Saúde Primários-Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008) a OMS, diante da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde no mundo, reforça que os problemas somente serão ultrapassados se tiverem centralidade em uma AB forte e de qualidade. O mesmo resultado foi encontrado por STARFIELD e SHI (2002) ao comparar a AB de alguns países industrializados, concluindo que aqueles com os atributos da AB mais forte, eram mais efetivos e menos onerosos, sendo o inverso, verdadeiro.

Partindo desses pressupostos, construiu-se o modelo teórico do estudo, o qual é apresentado na Figura 01.

**Figura 01:** Modelo Teórico: “Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo”, 2012



#### 4.2- MODELO DA AVALIAÇÃO

Em que pese a influência dos contextos políticos, econômicos, sociais e profissionais sobre os resultados de uma avaliação e a sua capacidade de fomentar mudanças, deve-se partir do pressuposto de que uma avaliação deve auxiliar na tomada de decisões, contribuindo para o planejamento das intervenções em saúde e em última instância, na melhoria da qualidade de vida dos usuários dos sistemas de saúde (FRIAS et al., 2010).

No presente estudo, a qualidade dos serviços de Atenção Básica da Região de Saúde do Rio Pardo foi avaliada segundo o modelo de atenção, ou seja, unidades que se caracterizam como sendo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras unidades básicas organizadas das mais diferentes formas.

Pelo fato do conceito de qualidade trazer uma complexidade inerente, nos modelos avaliativos tradicionais, a dimensão objetiva acaba por prevalecer, não

sendo abordada a dimensão subjetiva e a intersubjetividade das relações humanas (BOSI e UCHIMURA, 2007).

Acreditando-se na importância da inclusão da dimensão subjetiva nas pesquisas avaliativas, neste estudo foram empregadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Assim, da abordagem qualitativa espera-se, além da complementaridade à outra, a compreensão dos significados e fenômenos pesquisados (NOGUEIRA-MARTINS e BÓGUS, 2004).

No tocante à abordagem quantitativa, o presente estudo utilizou um banco de dados secundários proveniente da compilação de resultados de um estudo transversal utilizando o questionário Quali AB aplicado em 2010. Para sua análise, utilizou-se a abordagem sistêmica de DONABEDIAN (1988) sistematizada em estrutura, processo e resultados. Entretanto, este estudo teve enfoque sobre as dimensões estrutura e processo, tendo em vista o caráter das questões contempladas no questionário Quali AB.

A abordagem sistêmica de Donabedian é o referencial teórico mais usado para avaliação da qualidade de programas e serviços de saúde em decorrência de sua utilidade e simplicidade (FRIAS et al., 2010).

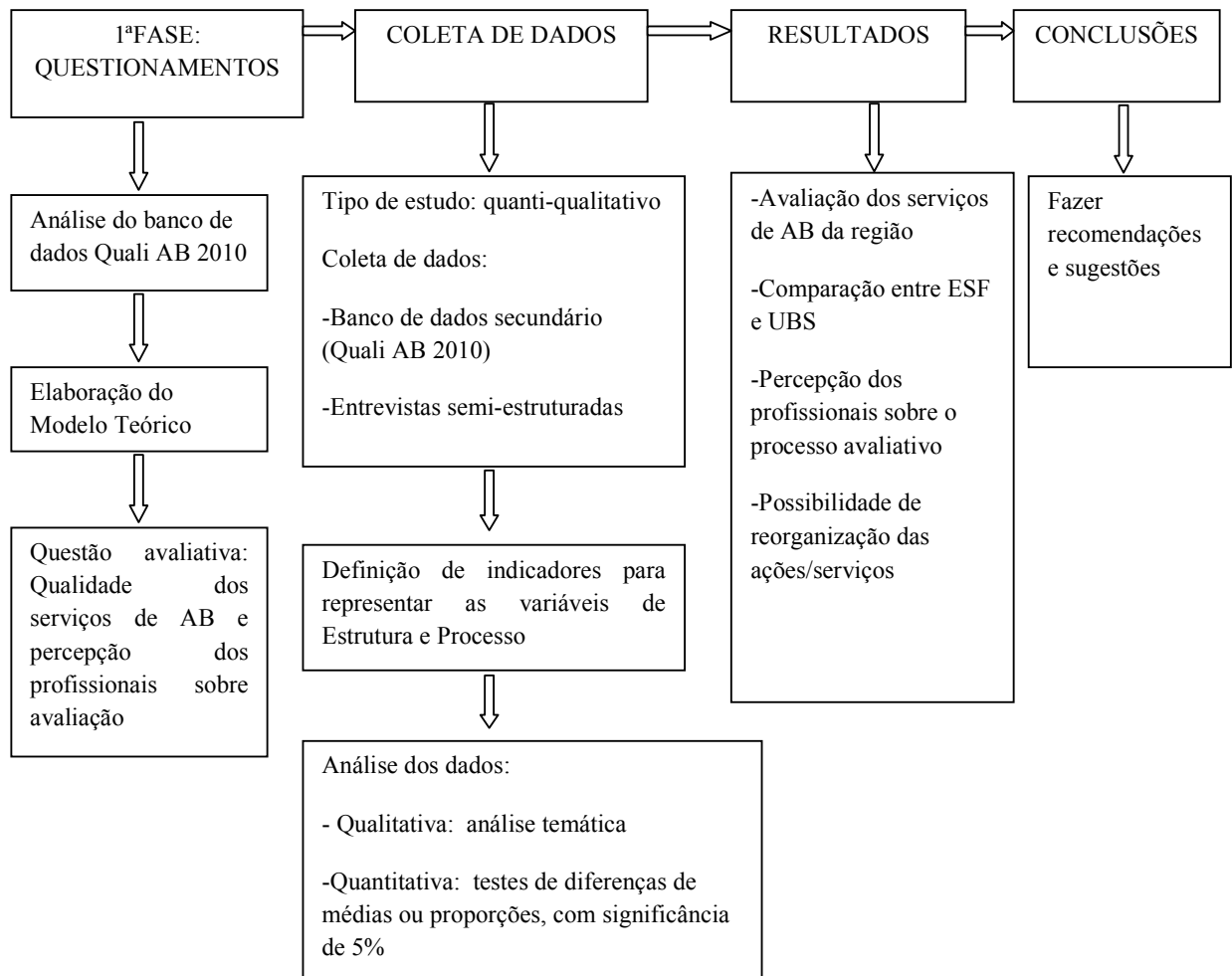
No presente estudo, foram considerados os critérios e padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o instrumento Quali AB 2010, que expressam os valores presentes nos princípios éticos e organizacionais do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e em normas técnicas de cuidado individual e coletivo baseadas em evidências, podendo ser sintetizados em: organização geral da assistência facilitadora do acesso; oferta de ações de prevenção primária e secundária; acesso à atenção integral à saúde; cumprimento de protocolos assistenciais padronizados; valorização do trabalho em equipe; gerenciamento técnico do trabalho; relação organizada com a comunidade e disponibilidade de insumos cruciais para a AB (CASTANHEIRA et al., 2011).

A abordagem qualitativa enfocou a percepção dos profissionais de saúde acerca dos resultados obtidos na avaliação utilizando o instrumento Quali AB, bem como reflexões sobre o processo avaliativo e a capacidade de induzir e subsidiar mudanças. Foi utilizada a técnica de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais envolvidos no processo avaliativo em 2010, no intuito de produzir um conhecimento

mais aprofundado acerca da percepção sobre o tema avaliação. Esse tópico encontra-se mais detalhado em “Coleta de dados”.

Todas as etapas da pesquisa podem ser visualizadas no Modelo Teórico da Avaliação (Figura 02).

**Figura 02:** Modelo Teórico da Avaliação. Projeto “Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo”, 2012



#### 4.3- POPULAÇÃO DE ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE SAÚDE DO RIO PARDO

O Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista (DRS XIV) está localizado na Macrorregião de Saúde Nordeste no estado de São Paulo, juntamente

com DRS Araraquara, DRS Franca e DRS Ribeirão Preto e integra a Região Administrativa de Campinas, como pode ser visto na Figura 03. É composto por vinte municípios (Figura 04) totalizando uma população de 773.781 habitantes segundo censo demográfico IBGE em 2010. Desses, apenas um possui população maior de cem mil habitantes, mas também recebe apoio do AAB. O DRS XIV encontra-se dividido em três RS: Baixa Mogiana, Mantiqueira e Rio Pardo, recebendo a assessoria de um AAB em cada região.

**Figura 03:** Mapa do Estado de São Paulo: Regiões de Saúde, DRS e Macrorregiões de Saúde.



Fonte: Cazzolato JD. Extraído de: Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Est. SP

**Figura 04:** Mapa do DRS XIV- São João da Boa Vista e seus municípios.



Fonte: Cazzolato JD. Extraído de: Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Est. SP

A RS do Rio Pardo é composta pelos seguintes municípios: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama e Tapiratiba, totalizando uma população de 208.625 habitantes. Mococa apresenta alta urbanização (92,24) e São Sebastião da Grama possui significativa parcela da população vivendo na zona rural com taxa de urbanização de 65,88% como pode ser visto na Tabela 01 (IBGE, Censo 2010).

Ainda de acordo com a Tabela 01, observa-se que a região conta com municípios prioritariamente de pequeno e médio porte. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2000) os municípios estão distribuídos conforme a Tabela 01, podendo ser observada a presença de alto desenvolvimento em três municípios e médio desenvolvimento em cinco, segundo a classificação mais usual.

A renda dos municípios que compõe a RS Rio Pardo provém basicamente da agricultura, com o cultivo de cereais, café, cana-de-açúcar. Porém, algumas cidades também contam com pequenas empresas e indústrias. Devido ao perfil agropecuário da região, sobretudo pelo plantio da cana-de-açúcar, alguns municípios têm sentido o impacto de populações flutuantes sobre seus serviços de saúde, além de trazer à tona a discussão sobre as acomodações dessa população sazonal.

Todos os municípios da RS Rio Pardo com exceção de Tapiratiba encontram-se no grupo 4 e 5 do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS 2008), ou seja, caracterizados por terem baixos níveis de riqueza e com deficiência em pelo menos um dos indicadores sociais de longevidade e/ou escolaridade (SEADE, 2012).

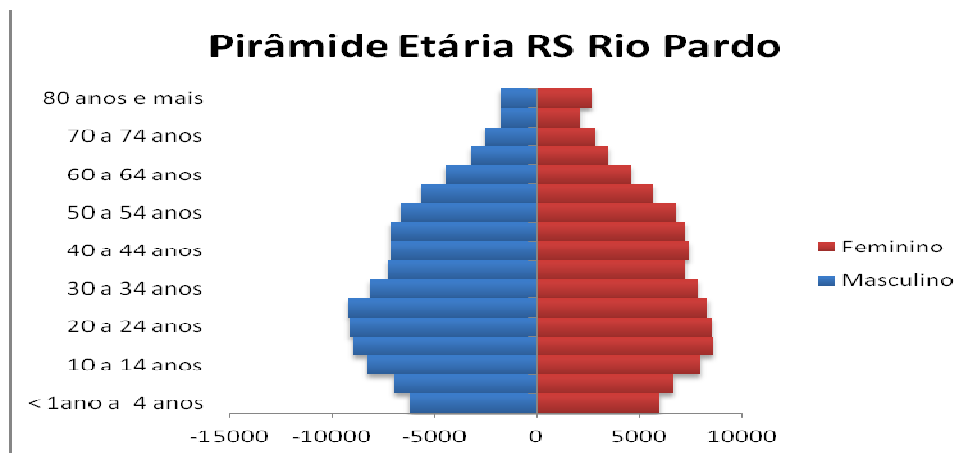
**Tabela 01:** Distribuição da população segundo município, densidade demográfica, taxa de urbanização, IDH e IPRS na RS Rio Pardo, 2012.

Município	População (2010)	Densidade Demográfica(hab/Km <sup>2</sup> )	Taxa de Urbanização	IDH (2000)	IPRS (2008)
Caconde	18.538	39,44	68,18	0,782	Grupo 5
Casa Branca	28.307	32,76	81,80	0,810	Grupo 4
Divinolândia	11.208	50,46	66,91	0,788	Grupo 5
Itobi	7.546	54,20	90,11	0,782	Grupo 5
Mococa	66.290	77,55	92,24	0,809	Grupo 5
SJRPardo	51.900	123,81	88,55	0,815	Grupo 4
SSGramma	12.099	47,94	65,88	0,778	Grupo 5
Tapiratiba	12.737	57,23	82,47	0,792	Grupo 3
Estado de SP	41.262.199	166,25	95,94	0,814	-

Fonte: IBGE , Censo Demográfico 2010; Fundação Seade, 2012. Elaboração própria, 2012

A região abriga relativo contingente de pessoas acima de 60 anos, com 14,08% de idosos (TABNET/DATASUS, 2010), o que requer dos gestores municipais, especial atenção no planejamento das ações de saúde a serem ofertadas, tendo em vista as especificidades do processo de envelhecimento e o crescente aumento dessa população. A distribuição da população segundo a faixa etária e sexo pode ser observada na Figura 05.

**Figura 05:** Distribuição da população segundo faixa etária e sexo, RS Rio Pardo, 2010.



Fonte: IBGE, 2010. Elaboração própria, 2012

A RS conta com os serviços do Conderg, caracterizado, segundo informações no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como um consórcio de desenvolvimento de saúde do tipo hospital geral de administração privada, classificado, segundo a organização, como uma entidade beneficente sem fins lucrativos, sob a gestão estadual, que oferece atendimento a dezesseis municípios do DRS XIV. Localiza-se em Divinolândia, disponibiliza serviços de média e alta complexidades para questões relacionadas a exames diagnósticos laboratoriais, por imagem e de patologia, atenção à saúde auditiva, dispensação de órteses e próteses (reabilitação) e oftalmologia.

Dos oito municípios, apenas Itobi não possui hospital, referenciando seus casos principalmente para São José do Rio Pardo. A seguir, na Tabela 02 encontram-se dispostos os serviços hospitalares da região.

**Tabela 02:** Unidades Hospitalares da RS Rio Pardo, 2012.

<b>Estabelecimento</b>	<b>Tipo de Unidade</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>Leitos existentes</b>	<b>Gestão</b>
Santa Casa de Caconde	Hospital Geral	64	75	Estadual
Centro de Reabilitação de Casa Branca	Hospital Especializado – Psiquiatria	360	360	Estadual
Santa Casa de Casa Branca	Hospital Geral	30	47	Estadual
Conderg Hospital Regional de Divinolândia	Hospital Geral	195	204	Estadual
Santa Casa de Mococa	Hospital Geral	98	140	Municipal
Hospital São Vicente de São José do Rio Pardo	Hospital Geral	89	145	Municipal
Santa Casa de Gramma	Hospital Geral	26	30	Estadual
Santa Casa de Misericórdia São Lucas - Tapiratiba	Hospital Geral	21	34	Municipal

Fonte: CNES/ DATASUS, 2012. Elaboração própria, 2012

Segundo CNES, há na RS Rio Pardo 44 unidades básicas de saúde nos oito municípios a ela pertencentes (Tabela 03). Segundo o modelo de organização, podem ser divididas em unidades básicas de saúde (UBS) tradicionais, unidades que seguem os princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras diferentes formas de organização que fragmentam a assistência em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Saúde Bucal. Algumas unidades existem enquanto estrutura física, apesar de não possuírem cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, tendo suas produções atreladas aos respectivos centros de saúde.

A assistência à mulher, principalmente no que diz respeito ao pré-natal, encontra-se centralizada em cinco dos oito municípios da RS. Particularmente no caso do município de Casa Branca, a partir de 2009 o prédio do antigo Centro de Saúde



cedeu lugar ao atual Ambulatório Médico de Especialidades (AME) que ampliou a oferta de diagnósticos para a região. No entanto, o Centro de Saúde foi dissolvido em várias unidades divididas segundo o gênero e as fases do desenvolvimento humano, contribuindo com a fragmentação da assistência.

**Tabela 03:** UBS dos municípios que compõe a RS Rio Pardo, fev/2012

<b>Município</b>	<b>IBGE</b>	<b>NOME DAS UNIDADE</b>	<b>CNES</b>
Caconde	3508702	CS II Dr. Sebastião Ribeiro do Vale	2076349
		Posto de Atendimento de Barrania	2749106
		Centro Especializado de Atendimento à Mulher(CEAM)	6760228
Casa Branca	3510807	Núcleo de Assistência Integrada de Lagoa Branca	2048930
		Núcleo de Assistência Integrada de Venda Branca	2059185
		PSF João de Oliveira	2749130
		Unidade da Saúde do Adulto	2064030
		Unidade de Saúde da Criança	6421059
		Unidade de Saúde do Idoso	-
		Unidade de Saúde da Mulher	-
Divinolândia	3513900	Centro de Saúde III de Divinolândia	2057875
		Unidade Básica Saúde da Família Dr Jacó	2782898
		UIS do Bairro Ribeirão do Santo Antônio	2032058
		UIS do Bairro Três Barras	2782901
Itobi	3523800	Unidade de Saúde de Itobi-Alcibíades Pires	2033356
Mococa	3530508	Centro de Saúde II Dr. José Paione	2071681
		Programa Municipal de Saúde PPA	2054906
		PSF Humberto Cunali	2025108
		PSF Jacintho Taliberti	2025094
		PSF Maria Magdalena Taliberti Cunali	3881156
		PSF Sr. Antônio Carlos Massaro	2044714
		NAI Dr. CARmo Prícoli	2048949
		NAI Dr. Vital Dias Porto	2072157
		Núcleo de Assistência Integrada Dr. Antônio Trevizane	2056054
		Núcleo de Assistência Integrada à Saúde Dr. Gastão de P.	2035375
		AIA Ambulatório da Infância e Adolescência	6709540
São José do Rio Pardo	3549706	Centro de Referência em Pediatria	2058413
		Centro de Referência em Saúde da Mulher	2058464
		Centro de Saúde e ESF IV Zona Rural Domingos de Syllos	2053497
		ESF Cassucci	2076489
		ESF do Vale do Redentor	2076330
		ESF Vila Formosa Zona Rural	2095890
		PPA Central	2058421
		Centro de Referência da Tereira Idade	6923852
São Sebastião da Grama	3550803	Centro de Saúde III Dr. Antônio Anadão	2032503
		ESF Central	6179045
		ESF Sul	6298400
		PSF Sertãozinho	2051109
		PSF Saúde Certa	2051028
Tapiratiba	3553609	Centro de Saúde II - Sizenando Nabuco	2749092
		Posto de Atendimento da Fazenda Limeira	2093243
		Posto de Atendimento da Fazenda Itaiquara	2077094
		Posto do Bairro Renascer	-
		SAISM Serviço de Atendimento Integral à Saúde da Mulher	5637678

Fonte: CNES, fevereiro 2012 e visitas locais. Elaboração Própria, 2012

Verificando-se a evolução da cobertura da ESF na RS Rio Pardo de 2009 a 2012, pode ser observado um tímido aumento do número de equipes de Saúde da Família implantadas nesse período. Esse quadro conferiu à região uma variação da cobertura de ESF de 23,86% em 2009 para 28,91% em 2012, utilizando-se a competência de dezembro. Essa cobertura de Saúde da Família na RS Rio Pardo em 2012 encontra-se abaixo da cobertura populacional estimada para o Estado de São Paulo para o mesmo ano, sendo 30,70%. Até o presente momento, os municípios de Caconde, Itobi, e Tapiratiba não possuem nenhuma ESF implantada. (MS, 2013c).

A partir de 2012, a cobertura da ESF apresenta crescimento na RS Rio Pardo, tendo em vista a inauguração de novas unidades construídas com incentivos financeiros federais repassados aos municípios mediante a elaboração de projetos enviados ao MS, segundo critérios da Portaria GM 2.226 de setembro de 2009 (MS, 2009). Assim como a cobertura da ESF, as unidades básicas que incorporaram ACS aumentaram, podendo representar um indício de mudança do modelo de atenção vigente.

#### 4.4- COLETA DOS DADOS

A análise da qualidade dos serviços de AB foi realizada utilizando dados provenientes da aplicação do questionário Quali-AB, resultante do Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica, cujo processo é descrito a seguir.

Após a adesão dos gestores de sete dos oito municípios pertencentes à RS Rio Pardo ao questionário Quali AB 2010 mediante a aceitação do Termo de Consentimento Informado, foi disponibilizado às unidades básicas de saúde, independente de seu modelo organizacional, um questionário *on line* constituído de 85 questões de múltipla escolha, auto-respondido pelo gerente e equipe da unidade. As unidades de saúde participantes foram aquelas cadastradas no CNES e aquelas que estavam em funcionamento mesmo sem possuir esse cadastro totalizando 37. Para o preenchimento *on line* do questionário, a SES/SP disponibilizou alguns computadores para municípios participantes do programa de avaliação, respeitando os critérios de baixo IDH e cujo gestor municipal se responsabilizasse em garantir

acesso à internet no local. Foi garantido às equipes que aderiram ao programa de avaliação e também aos secretários municipais de saúde (SMS) o sigilo das respostas, com os resultados das unidades podendo apenas ser acessados por elas e pelo respectivo SMS.

O questionário é composto por questões descritivas, que caracterizam o serviço, e questões pontuadas, que classificam a qualidade das atividades ofertadas, cujos valores variam em 0, 1 e 2, em que o padrão ouro é representado pelo valor 2. A média das questões pontuadas conferiu à unidade uma qualificação correspondente a uma proporção do valor máximo.

No final de 2010, após o encerramento do prazo para o preenchimento do questionário, foi planejada a devolutiva, pelo AAB, dos resultados alcançados no Quali AB 2010 para o conjunto de SMS da região e para as equipes das unidades de saúde participantes, com ampla discussão das razões que levaram à nota final e se esta era condizente com a realidade vivida. A partir daí, foi construída de modo ascendente e participativo, uma planilha com ações a serem implantadas nas unidades de saúde no intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços. Foi sugerido às unidades que compartilhassem esse momento com seus respectivos gestores municipais a fim de garantir maior robustez e viabilidade ao planejamento.

A percepção dos profissionais das unidades básicas de saúde sobre o processo avaliativo executado em 2010, a capacidade de induzir a organização das ações e os resultados decorrentes da avaliação foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas.

As entrevistas são consideradas as técnicas de pesquisa mais utilizadas no trabalho de campo, fornecendo informações subjetivas sobre a realidade dos sujeitos, expressando suas opiniões, crenças, ideias, sentimentos, modos de atuar e de sentir, condutas, razões de comportamentos e de atitudes (MINAYO, 2010; BONI e QUARESMA, 2005).

Segundo WESTPHAL et al. (1996), a seleção da amostra é intencional, já que são selecionadas pessoas mais adequadas para o fornecimento de informações desejáveis segundo os objetivos da pesquisa. Para o componente qualitativo do estudo em que o critério não é o numérico e a principal preocupação constitui-se de um “aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão”

(MINAYO, 2010, p.196), foram convidados quatro profissionais de nível superior integrantes das unidades básicas de saúde auto-avaliadas da RS Rio Pardo em 2010 com o questionário Quali AB, denominados informantes-chave, sendo dois médicos e dois enfermeiros, atuantes na ESF e em outras unidades básicas não ESF.

O critério para a seleção dos informantes-chave levou em consideração a diversificação dos municípios e das unidades básicas de saúde. Além disso, para os médicos, ainda foram considerados: o atendimento em diferentes municípios objetivando uma visão mais abrangente da AB na região, atuação há mais tempo no serviço público, atuação concomitante na ESF e em UBS tradicionais. Para as enfermeiras, o critério centrou-se no perfil de liderança e na participação ativa no processo avaliativo com o instrumento Quali AB. As entrevistas foram previamente agendadas, em data e horário escolhidos pelos participantes, assim como o local de realização. Para as entrevistas do presente estudo, um roteiro de tópicos relacionados às questões e objetivos do projeto encontra-se no Anexo 2. As falas foram gravadas para posterior transcrição e minuciosa análise. No sentido de promover possíveis adequações no roteiro das entrevistas, foi realizado um teste piloto, cujos resultados não estão sendo considerados no presente estudo. Para auxiliar na fase subsequente de análise dos dados, foi criado um diário de campo, com anotações de acontecimentos pertinentes desde o planejamento para a execução das entrevistas, imprevistos, dificuldades, facilidades, impressões sobre a atividade, ambiente físico para a realização das mesmas, entre outros.

#### 4.5-PLANO DE ANÁLISE

O questionário Quali AB encontra-se dividido em blocos, considerando, segundo CASTANHEIRA et al. (2011): 1. identificação e características gerais dos serviços; 2. registro de dados e informações em saúde; 3. organização da atenção à saúde; 4. perfil de atividades da equipe multiprofissional; 5. características do processo gerencial.

Para auxiliar na caracterização das unidades básicas de saúde da RS Rio Pardo foram escolhidas duas questões do questionário Quali AB que podem ser verificadas no quadro abaixo:

**Quadro 1:** Questões escolhidas para caracterizar as unidades da RS Rio Pardo

<p>Questão 1)</p> <p>A unidade caracteriza-se por ser</p>	<p>1) Unidade de Saúde da Família (USF) – composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, <b>com ou sem</b> equipe de saúde bucal</p> <p>2) Unidade de Saúde da Família (USF) com diferentes especialidades</p> <p>3) Unidade Básica de Saúde – composta pelas áreas de saúde da criança, mulher, adulto, <b>com ou sem</b> outras especialidades</p> <p>4) Unidade Básica de Saúde que agregou uma ou mais equipes de Saúde da Família</p> <p>5) Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)</p> <p>6) Postos avançados – unidades que não possuem equipe fixa em período integral (equipes volantes)</p> <p>7) Outro</p>
<p>Questão 2)</p> <p>Localização da unidade</p>	<p>1) Rural</p> <p>2) Urbana - Central</p> <p>3) Urbana - Periférica</p>

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2013

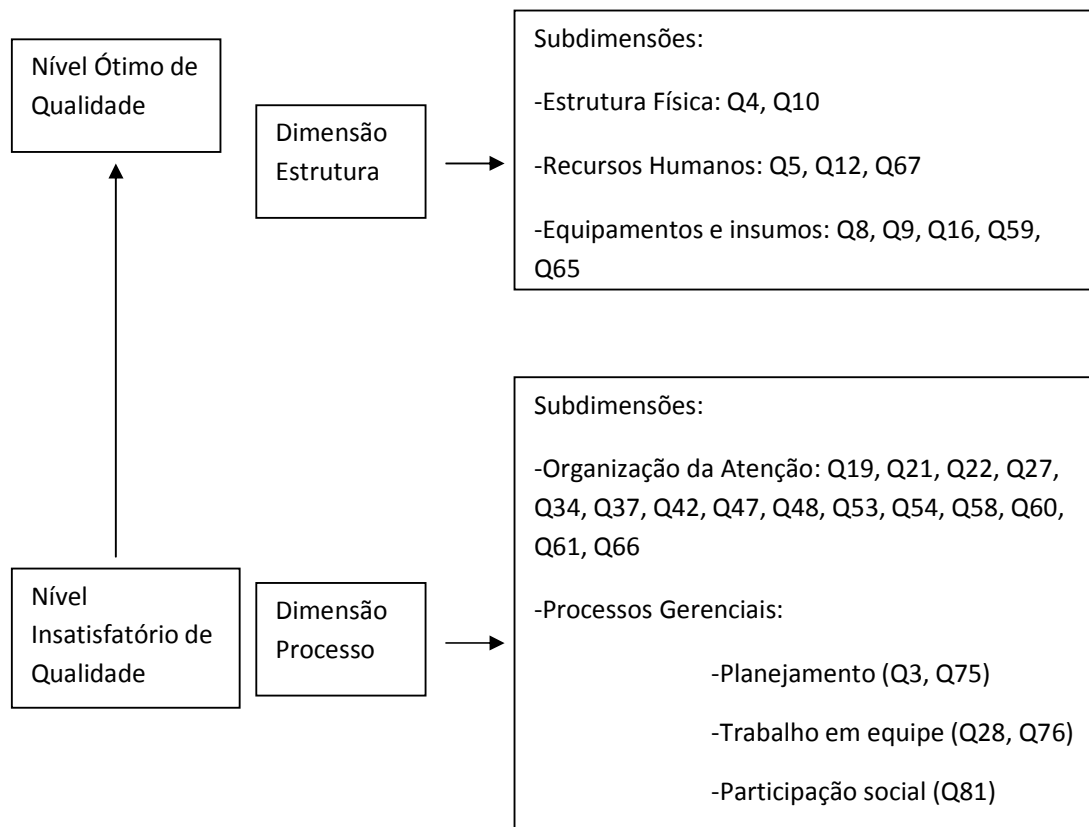
Inicialmente, foram selecionadas questões para representar Estrutura e Processo, totalizando trinta questões, sendo a maioria pertencente ao banco de dados pontuado, ou seja, aquelas classificadas originalmente com escores 0, 1 ou 2. A escolha das questões levou em conta o contexto epidemiológico da região, bem como as prioridades de trabalho, estando relacionados principalmente aos problemas de mortalidade infantil, materna e fetal, neoplasias, doenças crônicas e envelhecimento. Além disso, ênfase foi dada também à oferta do atendimento integral.

Foram selecionadas dez questões para representar Estrutura cuja pontuação individual máxima é 10. Para representar Processo, foram selecionadas vinte questões, com pontuação individual máxima igual a 5.

A partir das questões selecionadas foram construídos escores relativos à Estrutura e Processo. Pretendeu-se obter um escore que em sua menor pontuação indicasse um nível de qualidade insatisfatório, ao passo que a maior pontuação significa a qualidade esperada segundo os padrões estabelecidos. Tendo em vista o número de

questões que refletem cada uma das dimensões, foi criado para a dimensão Estrutura escores para as subdimensões estrutura física, recursos humanos e equipamentos e insumos. Para a dimensão Processo, as questões foram divididas em relação à organização (ou qualificação) da atenção à saúde e características dos processos gerenciais, sendo essas subdivididas em questões sobre planejamento, trabalho em equipe e participação social. A proposta para a construção dos escores referentes à Estrutura e Processo pode ser visualizada na Figura 06.

**Figura 06:** Dimensões Estrutura e Processo e as questões representativas das subdimensões



Para a composição dos escores, foram selecionadas questões que no instrumento Quali-AB são “pontuadas”, ou seja, já existe uma definição do padrão de qualidade e questões não pontuadas, consideradas no instrumento como “descritivas”. Algumas

questões escolhidas para representar Estrutura, apesar de originalmente não possuírem pontuação, foram também analisadas em virtude da necessidade de caracterização das unidades de saúde e da possibilidade de interferência sobre o processo de trabalho. Para as questões pontuadas, adotaram-se as recomendações dos critérios de qualidade para o alcance do padrão de referência preconizados por CASTANHEIRA et al. (2011) na avaliação com o Quali AB 2010. Em algumas questões, optou-se pela dicotomia pontuação máxima ou mínima. Para as questões com possibilidade de graduação do escore e cujo critério era a maior diversidade de ações para indicar maior acesso e integralidade do cuidado, foi realizada a soma de cada item da questão até atingir a pontuação individual máxima. Quando foi possível, alguns itens foram agrupados para facilitar a composição do escore da questão.

Para as questões não pontuadas, foram definidos critérios para a avaliação da qualidade, levando-se em consideração o conteúdo das questões escolhidas do questionário Quali AB e as recomendações do MS. As questões escolhidas para representar Estrutura e Processo, bem como a composição do escore de cada questão encontram-se detalhadas nos quadros 2 e 3.



**Quadro 2:** Questões e critérios para a composição do escore referente à **Estrutura**

QUESTÃO	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO PARCIAL	PONTUAÇÃO TOTAL
<b>Subdimensão Estrutura Física</b>			
Q4. Instalações	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Banheiro no consultório de GO</li> <li>• Microcomputadores</li> <li>• Internet</li> <li>• Nº adequado de salas</li> <li>• Mesa ginecológica</li> </ul>	2,0 2,0 2,0 2,0 2,0	10
Q10. Exames colhidos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exames clínicos laboratoriais</li> <li>• Papanicolau</li> <li>• Material para pesquisa de TB <b>ou</b> linfa para hanseníase</li> <li>• Teste do pezinho</li> <li>• Biópsias <b>ou</b> outros</li> </ul>	2,0 2,0 2,0 2,0 2,0	10
<b>Subdimensão Recursos Humanos</b>			
Q5. Composição da equipe	<u>Saúde da Família:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico de família</li> <li>• Enfermeiro</li> <li>• Auxiliar ou técnico de enfermagem</li> <li>• Agente Comunitário</li> </ul> <u>UBS:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Clínico Geral ou Pediatra ou GO</li> <li>• Enfermeiro</li> <li>• Auxiliar ou técnico de enfermagem</li> <li>• Agente Comunitário</li> </ul>	2,5 2,5 2,5 2,5 2,5 2,5 2,5 2,5	10
Q12. Ações de assistência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde da Mulher</li> <li>• Saúde da Criança</li> <li>• Saúde do Adulto</li> <li>• Saúde do adolescente ou idoso ou mental</li> </ul>	2,5 2,5 2,5 2,5	10
Q67. Ações de saúde bucal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento clínico individual</li> <li>• Educação em saúde dentro da Unidade</li> <li>• Educação em saúde em creche</li> <li>• Educação em saúde em escolas</li> <li>• Educação em saúde fora da Unidade</li> </ul>	2,0 2,0 2,0 2,0 2,0	10
<b>Subdimensão Equipamentos e Insumos</b>			

Q8. Vacinas disponibilizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BCG</li> <li>• Hepatite B</li> <li>• Poliomielite</li> <li>• Tetra</li> <li>• DTP</li> <li>• Tríplice viral</li> <li>• Dupla adulto</li> <li>• Rotavírus</li> <li>• Influenza</li> <li>• Anti-rábica ou Febre Amarela</li> </ul>	1,0 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0 1,0	10
Q9 Exames feitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregnosticon <b>ou</b> BHCG</li> <li>• ECG</li> <li>• PPD <b>ou</b> Teste rápido HIV <b>ou</b> Colposcopia <b>ou</b> Mitsuda</li> <li>• HGT <b>ou</b> Glicofita</li> </ul>	2,5 2,5 2,5 2,5	10
Q16. Dados da produção assistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não estão disponíveis para conhecimento da unidade</li> <li>• São disponibilizados para os sistemas de informação, mas não são utilizados na unidade</li> <li>• São utilizados para redimensionar oferta</li> </ul>	0,0 5,0 10,0	10
Q59. Dispensação de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não dispensamos medicamentos</li> <li>• Entre os medicamentos disponíveis constam os para tratamento de DST</li> <li>• Não costuma ocorrer falta de insulina</li> <li>• É frequente a falta de medicamentos para HA (não assinalada)</li> <li>• É frequente a falta de medicamentos para DM (não assinalada)</li> <li>• É frequente a falta de antibióticos (não assinalada)</li> </ul>	0,0 2,0 2,0 2,0 2,0 2,0	10
Q65. Contraceptivos disponíveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pílula ou Injetável</li> <li>• Camisinha (masculino ou feminino)</li> <li>• DIU ou Diafragma</li> <li>• Pílula do dia seguinte</li> <li>• Encaminhamento laqueadura ou vasectomia</li> </ul>	2,0 2,0 2,0 2,0 2,0	10

Fonte: Questionário Quali AB 2010. Elaboração própria, 2012



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agendamento de consulta de enfermagem</li> <li>• Agendamento com outros profissionais de própria Unidade</li> <li>• Agendamento para atendimento em grupo</li> <li>• Encaminhamento para o pronto-socorro</li> <li>• Encaminhamento para especialidades em outro serviço</li> <li>• Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso</li> </ul>	0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5	
Q27. Resultados dos exames	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando os resultados chegam na Unidade</li> <li>• Quando o paciente comparece para atendimento <b>ou</b> No dia agendado para atendimento, mesmo que o paciente falte</li> </ul>	5,0 0	5,0
Q34. Papanicolau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para mulheres com idade entre 25 e 59 anos <b>E</b> A cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais</li> <li>• Demais</li> </ul>	5,0 0	5,0
Q37.Mamografia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anualmente, a partir dos 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos <b>E</b> Anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário <b>E</b> A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos</li> <li>• Demais</li> </ul>	5,0 0	5,0
Q42. Tratamento de sífilis na gestação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro</li> <li>• Demais</li> </ul>	5,0 0	5,0
Q47. Atenção à criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento</li> <li>• Puericultura</li> <li>• Desnutrição <b>OU</b> Obesidade</li> <li>• Infecções respiratórias na infância (IRA)</li> <li>• Saúde do escolar <b>OU</b> Violência doméstica <b>OU</b> Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)</li> </ul>	1,0 1,0 1,0 1,0 1,0	5,0



	para os diabéticos		
Q60. Atenção aos idosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptação ao processo de envelhecimento (aposentadoria, entre outros)</li> <li>Climatério <b>OU</b> Sexualidade</li> <li>Apoio a idosos de instituições asilares</li> <li>Violência doméstica <b>OU</b> Apoio a idosos em situação de abandono</li> <li>Orientações sobre os direitos dos idosos</li> </ul>	1,0 1,0 1,0 1,0 1,0	5,0
Q61. Orientação para casos de alcoolismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Na própria Unidade, com seguimento dos casos</li> <li>Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados</li> <li>Não avaliamos esses casos porque a equipe não teve capacitação técnica <b>OU</b> avaliação inicial é feita na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar <b>OU</b> Não temos clientes com esse tipo de problema</li> </ul>	5,0 2,5 0	5,0
Q66. Atendimento odontológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conforme demanda do paciente, em qualquer idade</li> <li>Para gestantes E Para bebês</li> <li>Para todas as crianças com até 6 anos E Para crianças em idade escolar</li> <li>Para Idosos (&gt; 60 anos)</li> <li>Pronto Atendimento para queixas agudas</li> </ul>	1,0 1,0 1,0 1,0 1,0	5,0
<b>Processos gerenciais-planejamento</b>			
Q3. Área de abrangência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Por meio de planejamento</li> <li>Pela prática</li> <li>Sem delimitação</li> </ul>	5,0 2,5 0	5,0
Q75. Relacionamento da unidade com o nível central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniões periódicas</li> <li>Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas</li> <li>Não existem reuniões entre as Unidades locais e o nível central</li> </ul>	5,0 2,5 0	5,0
<b>Processos gerenciais-trabalho em equipe</b>			
Q28. Convocação de faltosos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestantes</li> <li>Revisão pós-parto/puerpério</li> <li>Resultado(s) de exame(s) alterado (s)</li> <li>Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações</li> <li>Recém-nascidos <b>E</b> Recém-nascidos de risco</li> <li>Crianças em seguimento na</li> </ul>	0,5 0,5 0,5 0,5 0,5 0,5	5,0

	<p>puericultura</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças até dois anos</li> <li>• Crianças de risco (desnutrição e outros)</li> <li>• Vacinação</li> <li>• Tuberculose ou hanseníase</li> </ul>	0,5 0,5 0,5 0,5	
Q76. Periodicidade das reuniões de equipe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semanal</li> <li>• Quinzenal</li> <li>• Mensal <b>OU</b> Intervalos maiores <b>OU</b> Não há periodicidade, ocorrem conforme necessidade do serviço <b>OU</b> Não ocorreram reuniões</li> </ul>	5,0 2,5 0	5,0
<b>Processos gerenciais-participação social</b>			
Q81. Reclamações de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caixa ou livro de sugestões e reclamações</li> <li>• Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões <b>OU</b> Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde</li> <li>• Diretamente à direção local da Unidade</li> <li>• Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho local)</li> <li>• Conselho Municipal de Saúde</li> </ul>	1,0 1,0 1,0 1,0 1,0	5,0

Fonte: Questionário Quali AB 2010. Elaboração própria, 2012

Um banco de dados com os valores atribuídos a cada questão e o escore total relativo às dimensões de Estrutura e Processo das 37 unidades de saúde da RS Rio Pardo foi montado em Excel para posteriormente ser exportado para o pacote estatístico SPSS versão 13.0.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das unidades de saúde e, a seguir, as unidades foram analisadas segundo os escores de Estrutura e Processo. Na etapa seguinte as variáveis selecionadas para a composição dos escores de Estrutura e Processo foram analisadas para o conjunto das unidades. A seguir, o comportamento dessas variáveis foi comparado segundo o modelo de atenção (ESF e modelo tradicional). Por fim, o comportamento das unidades em relação às dimensões de Estrutura e Processo foi analisado a partir da distribuição das unidades da ESF e modelo tradicional segundo pontos de corte utilizando os percentis 25, 50 e 75.

Para as questões cujos valores de média e mediana aproximavam-se, a comparação entre os modelos de atenção ESF e UBS tradicionais deu-se por meio da

aplicação do teste de diferença de médias, utilizando-se o teste Anova, para variáveis com distribuição normal. Para as questões cujos valores de média e mediana eram distintos, a comparação entre os modelos foi feita utilizando-se a proporção de unidades de saúde que estavam acima da média, utilizando-se o teste do qui-quadrado. Em ambos os casos, adotou-se o nível de significância de 5%, considerando significativas as diferenças com p-valor inferiores a 0,05 (KIRKWOOD apud FACCHINI, 2006).

Os dados resultantes das entrevistas foram analisados por meio da análise temática de MINAYO (2010), após a leitura e releitura do material obtido com as entrevistas. A análise temática, segundo MINAYO (2010), compreende a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Após transpassar as etapas para a análise temática e para a apresentação dos resultados, foram constituídas categorias com as temáticas surgidas nas falas dos entrevistados, sendo apresentados como: 1) Processo Avaliativo; 2) Resultados da Avaliação e Qualidade da Atenção Básica; 3) Mudanças e Incorporação dos Resultados, que serão abordados mais adiante. Desse modo, buscou-se formar as categorias explicativas para os pressupostos levantados.

As entrevistas ocorreram logo no início de uma nova gestão e “os momento de contenda, de transição e de dúvidas são celeiros férteis para informações sobre determinada coletividade” (MINAYO, 2010, p.216). Ainda segundo a autora, pessoas em situação de conflito e liminaridade dentro das instituições tenderiam a revelar os bastidores.

#### 4.6- ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo sendo aprovado em 28/01/2013 sob parecer número 167.275. Os participantes das entrevistas, após explanações acerca dos objetivos do projeto, bem como do desenvolvimento da técnica a ser aplicada, fizeram a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação



em Pesquisa (Anexo 3) conforme regulamentação de pesquisas em seres humanos (MS, 1996). A liberdade de participação e a garantia do sigilo foram asseguradas.

Para a operacionalização da pesquisa, o DRS XIV de São João da Boa Vista bem como os secretários municipais de saúde da RS Rio Pardo autorizaram seu desenvolvimento, com a garantia da devolutiva dos resultados encontrados para a região.

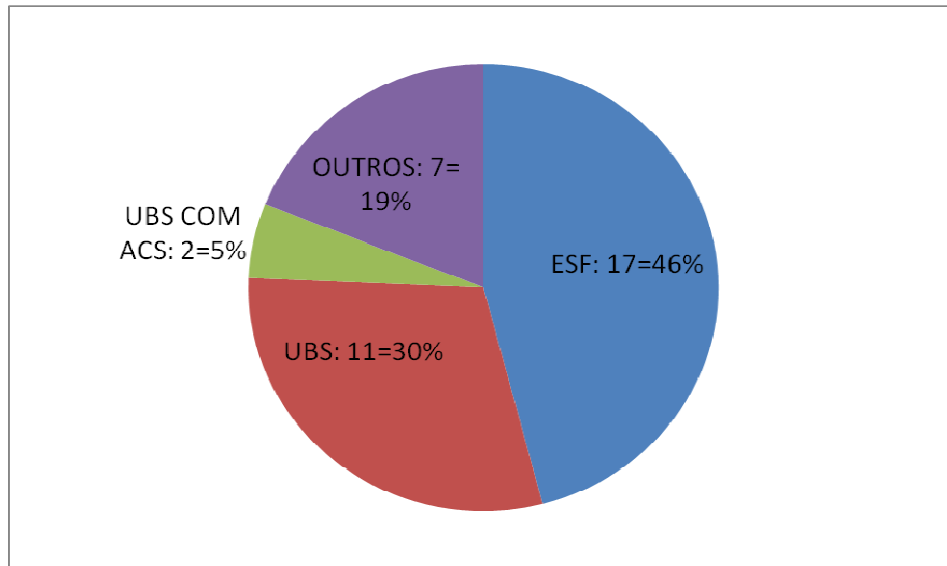
## **5-RESULTADOS**

### **5.1-CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES**

As 37 unidades de saúde auto avaliadas em 2010 com o instrumento Quali AB encontram-se distribuídas, segundo modelo de atenção e localização, conforme apresentado nos gráficos a seguir. Conforme a Figura 07, as unidades de saúde que seguem exclusivamente o modelo da ESF totalizam 17. Duas unidades se auto definiram como tradicionais que agregaram ACS, conformando equipes de EACS. Merecem destaque as 7 unidades que se auto definiram como “outro”, não se enquadrando em nenhuma outra alternativa da Questão 1 do questionário Quali AB (Quadro 1), utilizada para caracterizar as unidades de saúde da região. Observando a realidade local, pode-se constatar que tais unidades oferecem ações de assistência somente a uma população específica: mulher, criança, idoso ou adulto.

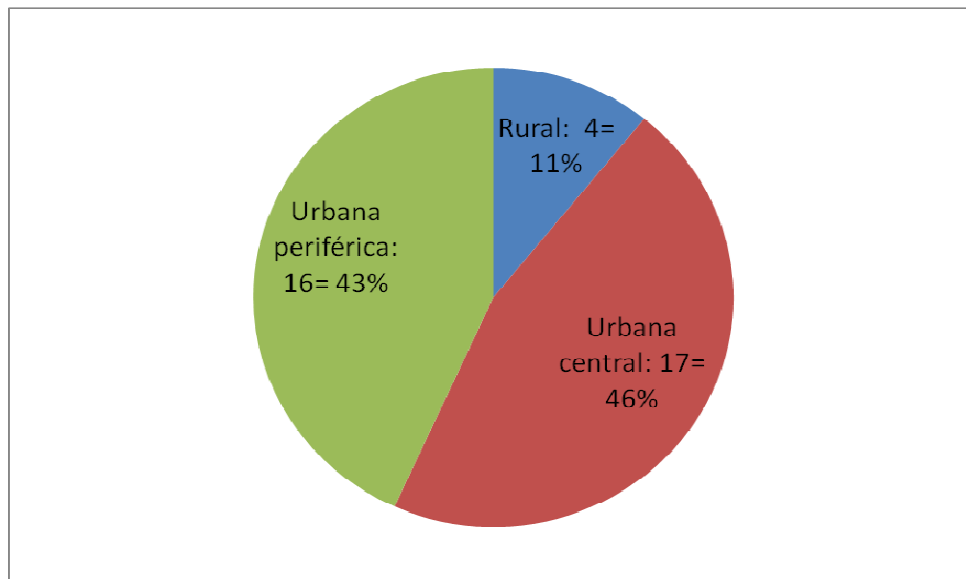
Com relação à localização dessas unidades (Figura 08), percebe-se que a grande maioria encontra-se na zona urbana, havendo, no entanto, unidades na zona rural tendo em vista que alguns municípios possuem considerável contingente de pessoas vivendo nesse espaço. Além disso, percebe-se também uma distribuição de unidades em distritos e bairros mais distantes do centro.

**Figura 07:** Número e percentual de unidades de saúde da RS Rio Pardo segundo modelo de atenção, 2010



Fonte: Quali AB, elaboração própria, 2013

**Figura 08:** Número e percentual de unidades de saúde da RS Rio Pardo segundo localização, 2010



Fonte: Quali AB, elaboração própria, 2013

## 5.2-AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DAS UBS

Na Tabela 04 encontram-se descritos os escores referentes à Estrutura e Processo de cada unidade de saúde por município participante do Quali AB 2010 da região. A pontuação final de cada UBS foi calculada por meio da somatória dos valores obtidos das questões representativas de cada dimensão, podendo variar de zero a cem. Pode ser observado uma amplitude dos valores indicando uma heterogeneidade entre as unidades, visto que os valores mínimos e máximos oscilaram entre 12,50 e 91,00 na dimensão Estrutura e 13,50 e 71,75 para Processo.

**Tabela 04:** Escores referentes à Estrutura e Processo das unidades de saúde avaliadas, RS Rio Pardo, 2010.

Município	Unidade	Escore total de Estrutura	Escore total de Processo	Município	Unidade	Escore total de Estrutura	Escore total de Processo
1	UBS 1	74,50	39,50	5	UBS 21	57,50	35,75
	UBS 2	69,50	58,75		UBS 22	54,50	57,00
	UBS 3	41,50	18,25		UBS 23	59,00	68,00
2	UBS 4	42,00	27,00		UBS 24	68,00	66,50
	UBS 5	40,50	33,25		UBS 25	56,50	52,50
	UBS 6	19,00	13,50	6	UBS 26	23,50	22,25
	UBS 7	12,50	15,75		UBS 27	47,00	25,25
	UBS 8	51,50	44,25		UBS 28	25,50	23,25
	UBS 9	64,00	43,00		UBS 29	75,00	71,00
UBS 10	75,00	58,00	UBS 30		83,50	69,00	
3	UBS 11	82,50	71,75		UBS 31	71,00	38,00
	UBS 12	78,00	69,50	UBS 32	56,00	44,00	
	UBS 13	61,00	64,50	7	UBS 33	55,00	30,00
	UBS 14	47,50	67,50		UBS 34	78,00	68,75
4	UBS 15	91,00	67,25		UBS 35	74,50	45,50
	UBS 16	61,50	55,00		UBS36	61,00	47,50
5	UBS 17	75,50	67,50		UBS 37	57,00	50,50
	UBS 18	71,50	42,50				
	UBS 19	64,00	40,50				
	UBS 20	56,00	53,00				

Fonte: Quali AB 2010. Elaboração própria, 2013

### 5.3- ANÁLISE DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS À ESTRUTURA E PROCESSO

Nas Tabelas 05 e 06 estão discriminadas a média, mediana, desvio-padrão, valor mínimo e máximo para cada questão representativa de Estrutura e Processo. No que concerne à Estrutura, podemos observar um desempenho do conjunto de unidades inferior a 50% nas seguintes questões: vacinas disponibilizadas, exames feitos e colhidos na própria unidade e ações de saúde bucal. Do mesmo modo, para Processo, as questões identificadas com pior desempenho são: avaliação dos resultados dos exames, critérios para a solicitação de mamografia e realização de Papanicolau, tratamento de sífilis na gestação, ações programadas aos adolescentes e idosos, diagnóstico e orientação para os casos de alcoolismo, atendimento odontológico, periodicidade das reuniões de equipe e as possibilidades para dar visibilidade às reclamações dos pacientes. Em ambos os casos, é notável a heterogeneidade entre as UBS, tendo em vista a amplitude de valores para a mesma questão.

Por outro lado, merece destaque a questão que trata dos dados da produção assistencial, obtendo o melhor desempenho dentro das questões representativas de Estrutura e para Processo, a questão sobre o relacionamento das unidades básicas de saúde com a secretaria municipal de saúde.

**Tabela 05:** Análise descritiva das variáveis de Estrutura, RS Rio Pardo, 2010.

Variável	Média	Mediana	DP*	Mínimo	Máximo
EQ4-Instalações	6,0	6,0	2,8	0,0	10,0
EQ10-Exames colhidos	4,5	4,0	2,6	0,0	10,0
EQ5-Composição equipe	7,6	7,5	2,3	2,5	10,0
EQ12-Ações de assistência	7,3	7,5	2,9	2,5	10,0
EQ67-Ações de saúde bucal	4,9	6,0	3,8	0,0	10,0
EQ8-Vacinas disponibilizadas	4,4	3,0	4,5	0,0	10,0
EQ9-Exames feitos	4,1	2,5	2,5	0,0	10,0
EQ16-Dados da produção assistencial	8,9	10,0	2,1	5,0	10,0
EQ59-Dispensação de medicamentos	6,0	8,0	4,4	0,0	10,0
EQ65-Contraceptivos disponíveis	5,6	6,0	2,9	0,0	10,0

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

\*DP: desvio-padrão

**Tabela 06:** Análise descritiva das variáveis de Processo, RS Rio Pardo, 2010.

Variável	Média	Mediana	DP*	Mínimo	Máximo
PQ19-Educação em saúde na comunidade	3,0	3,5	1,4	0	5,0
PQ21-Notificação compulsória	3,3	2,5	1,5	0	5,0
PQ22-Demanda espontânea	3,4	3,5	1,3	1,0	5,0
PQ27-Resultados de exames	2,3	0	2,5	0	5,0
PQ34-Papanicolau	0	0	0	0	0
PQ37-Mamografia	0	0	0	0	0
PQ42-Tratamento de sífilis na gestação	1,4	0	2,3	0	5,0
PQ47-Atenção à criança	3,5	4,0	1,9	0	5,0
PQ48-Primeiro atendimento ao RN	3,1	5,0	2,5	0	5,0
PQ53-Atenção aos adolescentes	2,4	2,0	1,9	0	5,0
PQ54-Atenção aos adultos	2,7	2,5	1,6	0	5,0
PQ58-Diabéticos e hipertensos	3,2	3,8	1,7	0	5,0
PQ60-Atenção aos idosos	2,2	2,0	2,0	0	5,0
PQ61-Orientação para casos de alcoolismo	2,4	2,5	1,2	0	5,0
PQ66-Atendimento odontológico	2,1	2,0	1,9	0	5,0
PQ3-Área de abrangência	2,6	2,5	2,5	0	5,0
PQ75-Relacionamento da unidade com nível central	3,8	5,0	1,5	0	5,0
PQ28-Convocação de faltosos	2,5	2,5	1,5	0	5,0
PQ76-Periodicidade das reuniões de equipe	1,5	0	2,2	0	5,0
PQ81-Reclamações de pacientes	2,3	2,0	1,3	0	5,0

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

\*DP: desvio-padrão

#### 5.4-ANÁLISE DOS PADRÕES DE ESTRUTURA E PROCESSO SEGUNDO MODELO DE ATENÇÃO

A Tabela 07 descreve a comparação entre as variáveis de Estrutura segundo modelo de atenção. No que tange a subdimensão Estrutura Física, não pôde ser constatada diferença significativa entre os modelos de atenção. Além disso, os valores indicam uma precariedade na ambiência uma vez que as instalações mostram-se deficientes, o que no score total se reflete em uma porcentagem de 60% de adequação. Vale ressaltar que no tocante à coleta de exames na própria unidade, o desempenho, em média, atingiu somente 45% de adequação.

Pode ser observada uma diferença significativa para as questões relacionadas à subdimensão Recursos Humanos, ou seja, composição da equipe, ações de

assistência e ações de saúde bucal que favorecem o modelo da Estratégia de Saúde da Família.

Com relação à subdimensão Equipamentos e Insumos, não houve diferença significativa entre as ESF e as demais unidades de saúde em nenhuma das questões, ou seja, para as referentes à oferta de vacinação de rotina, aos exames feitos na unidade, à utilização dos dados da produção assistencial, a dispensação de medicamentos e a disponibilidade dos contraceptivos nas UBS.

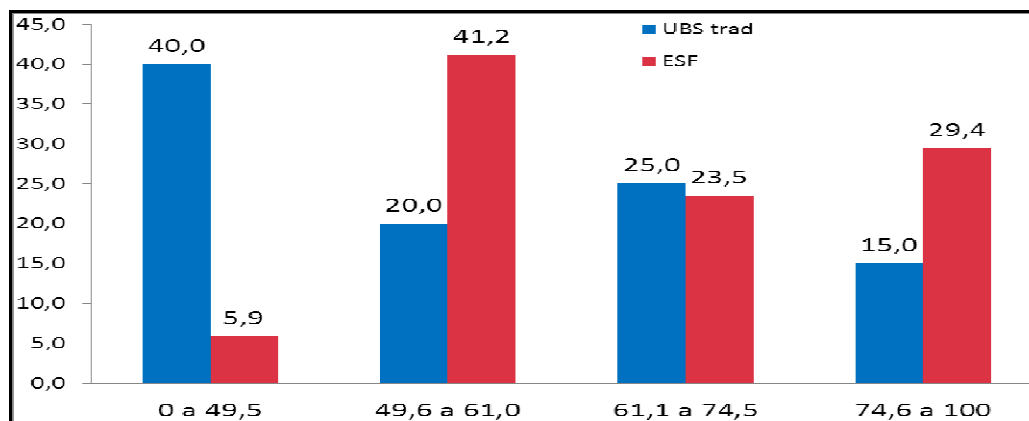
**Tabela 07:** Comparação entre as variáveis de Estrutura segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.

Variável	Média			% de Unidades acima da média		
	ESF	UBS	P	ESF	UBS	P
EQ4-Instalações	6,4	5,7	0,486	-	-	-
EQ10-Exames colhidos	4,5	4,6	0,883	-	-	-
EQ5-Composição equipe	8,5	6,8	0,018	-	-	-
EQ12-Ações de assistência	9,3	5,6	0,000	-	-	-
EQ67-Ações de saúde bucal	-	-	-	82,4	25,0	0,001
EQ8-Vacinas disponibilizadas	-	-	-	41,2	50,0	0,419
EQ9-Exames feitos	-	-	-	47,1	40,0	0,460
EQ16-Dados da produção	-	-	-	88,2	70,0	0,174
EQ59-Dispensação de medicamentos	-	-	-	76,5	45,0	0,053
EQ65-Contraceptivos disponíveis	6,1	5,2	0,345	-	-	-

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Na Figura 09 apresenta-se a distribuição das unidades em quatro categorias do escore de Estrutura, definidas a partir dos percentis 25, 50 e 75. Verifica-se que, embora na pior categoria exista um predomínio de UBS tradicionais e na melhor categoria ocorra o inverso, essa diferença não mostrou-se significativa estatisticamente ( $p=0,083$ ).

**Figura 09:** Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família, segundo escore de Estrutura, RS Rio Pardo, 2010.



Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Na Tabela 08, encontram-se descritas as variáveis de Processo relacionadas à Organização e Qualificação da Atenção à Saúde segundo modelo de atenção. Pode ser observado que no conjunto de unidades da ESF as questões referentes às doenças de notificação compulsória, atividades regularmente programadas para atenção às crianças, o primeiro atendimento ofertado a um recém-nascido e os cuidados aos hipertensos e diabéticos merecem destaque, tendo em vista o desempenho significativamente melhor dessas unidades quando comparado aos demais modelos de atenção.

No que concerne aos critérios para a realização do exame para a prevenção de câncer de colo de útero bem como para a solicitação de mamografia, nenhuma das unidades de saúde da RS Rio Pardo, independente do modelo de atenção, encontra-se dentro dos padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o instrumento Quali AB 2010, baseados nas orientações do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

Para as demais questões dentro da subdimensão Organização da Atenção à Saúde, não foi possível constatar diferença significativa entre os modelos de atenção. Ademais, muitas questões apresentaram valores baixos, podendo indicar uma deficiência na qualidade da atenção prestada.

Chama atenção a questão sobre o tratamento de sífilis na gestação para a gestante e seu companheiro que obteve a menor média (1,4) dentro da dimensão Processo. Apesar do melhor desempenho das UBS tradicionais, a diferença entre os modelos de atenção não foi significativa ( $p=0,058$ ).

Em que pese as ações de saúde bucal relacionadas ao atendimento clínico individual e às atividades educativas desempenhadas pela equipe dentro e fora das unidades básicas de saúde (EQ67) terem apresentado diferença significativa favorável à ESF, para a questão que trata do atendimento odontológico ofertado às diversas faixas etárias (PQ66), não pôde ser observada diferença significativa entre os modelos de atenção. Isso pode ser explicado visto que as equipes de saúde bucal da ESF tendem a desempenhar também as ações educativas. Entretanto, quando se trata de ações estritamente curativas, a assistência oferecida parece apresentar comportamento semelhante tanto na ESF quanto nas UBS tradicionais ( $p=0,077$ ).

**Tabela 08:** Análise das variáveis de Processo, subdimensão Organização/Qualificação da Atenção à Saúde, segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.

Variável	Média			% de Unidades acima da média		
	ESF	Tradicional	P	ESF	Tradicional	P
PQ19-Educação em saúde na comunidade	3,2	2,8	0,348	-	-	-
PQ21-Notificação compulsória	3,9	2,9	0,037	-	-	-
PQ22-Demanda espontânea	3,8	3,2	0,120	-	-	-
PQ47-Atenção à criança	4,3	2,9	0,021	-	-	-
PQ53-Atenção aos adolescentes	2,5	2,3	0,721	-	-	-
PQ54-Atenção aos adultos	3,0	2,4	0,221	-	-	-
PQ58-Diabéticos e hipertensos	3,8	2,7	0,045	-	-	-
PQ60-Atenção aos idosos	2,5	2,0	0,441	-	-	-
PQ61-Orientação para casos de	2,6	2,1	0,180	-	-	-
PQ66-Atendimento odontológico	2,7	1,6	0,077	-	-	-
PQ27-Resultados de exames	-	-	-	52,9	40,0	0,324
PQ42-Sífilis na gestação	-	-	-	11,8	40,0	0,058
PQ48-Primeiro atendimento ao RN	-	-	-	94,1	35,0	0,000
PQ34-Papanicolau	-	-	-	-	-	-
PQ37-Mamografia	-	-	-	-	-	-

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Para as variáveis de Processo na subdimensão Processos Gerenciais (Planejamento, Trabalho em Equipe e Participação Social-Tabela 09), os resultados



da comparação entre os modelos de atenção permitem afirmar que há uma diferença significativa para as questões PQ3, PQ75 e PQ76, constatando que as unidades da ESF trabalham com delimitação da área de abrangência e realizam reuniões periódicas tanto com o nível central quanto com a própria equipe. No que concerne à participação social, não houve diferença significativa entre os modelos.

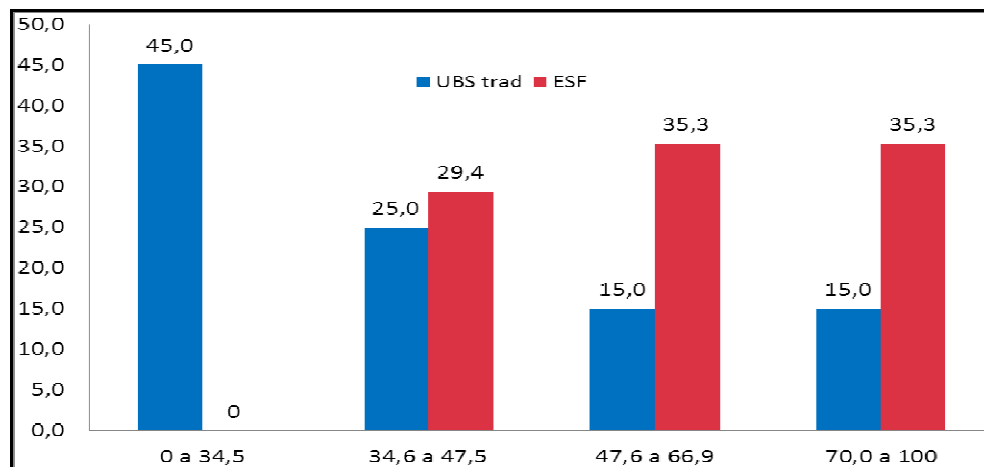
**Tabela 09:** Análise das variáveis de Processo, subdimensão processos gerenciais, segundo modelo de atenção, RS Rio Pardo, 2010.

Variável	Média			% de Unidades acima da média		
	ESF	Tradicional	P	ESF	Tradicional	P
PQ3-Área de abrangência	4,9	0,6	0,000	-	-	-
PQ75-Relacionamento da unidade com nível central	-	-	-	82,4	35,0	0,005
PQ28-Convocação de faltosos	2,7	2,4	0,542	-	-	-
PQ76-Periodicidade das reuniões de equipe	-	-	-	64,7	10,0	0,001
PQ81-Reclamações de pacientes	2,5	2,0	0,255	-	-	-

Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Para o total de questões representativas de Processo, a comparação entre os modelos de atenção favoreceu a ESF ( $p= 0,001$ ). A distribuição das unidades de saúde segundo escore de Processo, elaborado a partir da distribuição em percentis, pode ser visualizada na figura a seguir.

**Figura 10:** Distribuição das UBS tradicionais e unidades da Estratégia de Saúde da Família segundo escore de Processo, RS Rio Pardo, 2010



Fonte: Quali AB. Elaboração própria, 2012

Como pode ser observado, nenhuma unidade da ESF encontra-se na categoria mais baixa, havendo uma distribuição ligeiramente crescente dessas unidades a partir da segunda categoria (34,6 a 47,5) e uma coincidência da porcentagem de ESF nas categorias de 47,6 a 66,9 e 70,0 a 100. Contrariamente, as unidades de saúde que seguem modelos diferentes da ESF apresentam-se em tendência de queda à medida que a categoria se eleva, com maior predomínio desses modelos de atenção na categoria mais baixa.

## 5.5-RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

### 5.5.1- Caracterização dos sujeitos da pesquisa

As entrevistas com os quatro profissionais de saúde foram realizadas no próprio ambiente e horário de trabalho, por opção dos entrevistados, sem intercorrências no agendamento das datas. Desses profissionais, três atuam no serviço público há mais de vinte anos e todos possuem mais de um vínculo

empregatício. Apenas o informante que atua há menos tempo no serviço público iniciou em 2012 uma especialização em Saúde da Família. Os demais não possuem essa formação. Pelo fato dos médicos atuarem concomitantemente na ESF e em UBS tradicionais, esse contexto possibilitou o aparecimento de comparações entre os modelos de atenção por esses profissionais. As falas foram identificadas como sendo do Informante 1, 2, 3 ou 4 para a preservação do anonimato.

### 5.5.2-O processo avaliativo

No tema referente ao processo avaliativo com o instrumento Quali AB em 2010, os entrevistados relataram ter sido um processo participativo, embora um médico tenha ressaltado uma participação superficial no preenchimento e discussão do questionário pela equipe da ESF e a não participação pela equipe da UBS tradicional. A adesão e colaboração da equipe nesse preenchimento foram relatadas como uma facilidade deste processo pelos profissionais atuantes na ESF.

*“Participativo, em reunião de equipe, com as perguntas sendo lidas mesmo pelo enfermeiro, cada um opinando e chegando num senso comum para responder. Toda a equipe: médico, dentista, toda equipe, os agentes comunitários, enfermagem”*(Informante 2)

*“Pelo município XXXXXXX não me foi oferecida a oportunidade de participar dessa avaliação. Lembro-me dessa avaliação pela ESF XXXXX, onde eu trabalhava como médico da família. Eu acho que só me foi questionado os itens que eu trabalhava mais ativamente, que era mais específico da minha atuação na unidade”* (Informante 4)

Uma profissional relatou dificuldade em reunir a equipe, mas destacou como positivo o fato de ter que parar e refletir sobre o processo. Além dessa dificuldade, o acesso à internet na época do preenchimento do questionário foi mencionado pelos entrevistados.

*“Já foi um ponto positivo porque foi um momento de reunir a equipe forçosamente até pra esse momento e ter a visão. E eu creio que sempre que a gente avalia, tem um instrumento de avaliação, é um momento de reflexão. Então, foi bom participar”* (Informante 3)

*“Nós respondemos em papel e alguém passou porque na época tinha dificuldade de internet. Muita dificuldade!!! Então, não fomos nós que passamos não, alguém passou pra nós”* (Informante 3)

### 5.5.3-Resultados da avaliação e qualidade da atenção básica

Nessa categoria foi observada uma concordância dos entrevistados com os resultados gerais encontrados no estudo. Foram mencionadas dificuldades no município como um todo e não em uma unidade de saúde isoladamente, referentes à estrutura física, equipamentos e insumos. Também foi relatada a heterogeneidade das unidades de saúde.

*“Naquela época era bem deficiente, com estrutura física bem precária. Bem precário.....equipamento de informática, disponibilização de medicação, material de enfermagem, a questão da coleta de exames na unidade..... tava bem precário naquela época. Então o estudo ta retratando bem a realidade mesmo”* (Informante 2)

*“Eu acho que tem muita diferença entre uma cidade e outra. O Programa de Saúde da Família em outras cidades às vezes não funciona que nem aqui. Tem diferença sim, porque eu sei que em xxxxxx por exemplo, é bem inferior o trabalho de equipe lá”* (Informante 1)

Com relação a recursos humanos, chama atenção a necessidade tanto em termos quantitativos quanto no quesito qualificação. Também pode ser observado um discernimento relacionado à governabilidade da equipe diante da dimensão Estrutura.

*“Tanto quantitativo, tanto o número de recursos humanos, quanto a qualidade em termos de capacitações, que no avaliar, se viu que a gente precisava se atualizar, ou algum respaldo técnico”* (Informante 3)

*“A gente tinha algumas dificuldades referentes à parte de gestão, algumas coisas que não estavam dentro da nossa governabilidade, que deu pra levantar, e foi um ponto positivo em termos de tentar resolver. Na estrutura física, recursos humanos e equipamentos, querendo ou não, o gestor....é um dos pontos que a gente acaba*

*apontando, identificando e cobrando mais pra se ter um resultado”*  
(Informante 3)

No que condiz à organização dos processos de trabalho, merece destaque a consciência da responsabilidade do profissional frente às questões referentes à dimensão Processo, bem como a influência política na organização dos serviços de saúde.

*“Essa outra parte [dimensão processo] eu acho que é bem subjetiva, depende realmente do profissional”* (Informante 3)

*“Então infelizmente a gente se preocupa, preocupam-se mais com a parte física e mesmo assim ainda fica muito aquém do que se deve, do que aquele planejamento e funcionamento mesmo. E se não se tem um incentivo, ou às vezes não se tem nem um norte, eu vou fazer um planejamento em cima do que?”* (Informante 3)

*“Muitas vezes não basta apenas a equipe estar ansiosa por fazer, mas ela esbarra por vezes em aspectos políticos. E na maioria das vezes a política atrapalha o desenvolvimento das ações, quando deveria ser um grande aliado no enfrentamento das questões. Então eu acho que deveria haver uma coesão entre o lado profissional e a parte pública, política, da gestão do município”* (Informante 4)

A importância e a necessidade de realização de reuniões e trabalho em equipe, independente do modelo de atenção, foi tema frequente durante as entrevistas. Além disso, a necessidade de melhor articulação das unidades básicas de saúde com coordenadores, demais secretarias e setores foi ventilada, no sentido de elaborar um plano e estabelecer uma rotina de planejamento, considerando a rede de serviços.

*“Tinhas uns pontos fracos que ainda alguns ainda tem, por exemplo, falta de comunicação entre a equipe. Eu com o psicólogo, com nutricionista. Às vezes, cada um fica num canto e isso não é trabalho em equipe. O tratamento não é só com remédio....tratamento é um conjunto”* (Informante 1)

*“Por que não ter [reunião de equipe] nas outras [unidades que não são da ESF]? ....então é muita falta de comunicação....acho que comunicação é tudo. Por isso que aonde tem reunião de equipe funciona melhor...faz falta essa reunião....”* (Informante 1)

*“Não se tem reuniões com os coordenadores pra se alinhar, não tem um plano, e não tem uma rotina pro planejamento. Nós precisamos de reuniões com todo mundo pra se falar, porque eu faço meu planejamento da unidade, mas minha unidade, ela não é sozinha, ela depende de outras unidades, de outros setores, de outras secretarias. E aí fica falho!!”* (Informante 3)

*“Ambulatório que não é PSF, falta muita organização, ninguém escuta a gente, a gente tá lá atendendo, tá vendo os problemas e eles não vem perguntar pra gente: Oh! O que você acha que dá pra melhorar aqui? Às vezes coisas simples, é só conversar. Então não tem comunicação entre a diretoria e quem tá lá na ponta atendendo”* (Informante 1)

#### 5.5.4-Mudanças e incorporação dos resultados

Nessa categoria pode ser observado que as mudanças decorrentes do processo avaliativo que dependiam da equipe foram desencadeadas a partir da reunião dos profissionais para discussão e preenchimento do questionário Quali AB. A valorização da AB e a descoberta de suas potencialidades aparecem retratadas na fala de um entrevistado.

*“A partir do momento que identificou uma coisa que podia ser melhorada, já imediatamente serviu a reunião de um ponto pra resolução do problema. O que tá dentro da governabilidade você já resolve ali com a tua equipe ou mesmo individual, você já faz uma reflexão e já tem esse norte pra mudar ou vê a necessidade de mudar”* (Informante 3)

*“O ponto forte é saber o tanto que a AB pode fazer. É aquela coisa: faz sutura, faz ECG, mas a gente não sabia que podia fazer isso na Atenção Básica....mas isso não é da especializada? E não. Foi um ponto forte. Foi abrir....nossa!!! dá pra fazer isso !!! E até os*

*protocolos da Atenção Básica. Foi um abrir de horizontes mesmo... o questionário veio pra isso” (Informante 2)*

A clareza das responsabilidades e limites da equipe para o desencadeamento de mudanças flui de modo frequente na fala dos entrevistados.

*“Através daquele questionário nós conseguimos trabalhar em cima de alguns pontos que tavam deficientes aqui, melhorar a nossa parte e reivindicar aos nossos governantes algumas coisas que não dependiam da gente. O que não era daqui de dentro da unidade, nós fizemos uma lista e mandamos as reivindicações para secretaria de saúde” (Informante 1)*

A avaliação é percebida como fator essencial para suscitar mudanças e provocar melhorias. No entanto, para que os resultados das avaliações sejam incorporados, as sugestões ultrapassam os limites das reuniões de equipe dentro das unidades de saúde para alcançar os níveis hierárquicos com maior governabilidade.

*“É importante a gente sempre ta avaliando pra ver o que a gente pode melhorar....” (Informante 1)*

*“Os processos avaliativos são ótimos” (Informante 2)*

*“Eu acho que esses secretários tinham que estar consciente que ser secretário da saúde não é só ficar sentado naquela cadeira e ficar resolvendo a papelada. Tem que ver o que acontece na ponta, tem que escutar quem ta trabalhando, chamar a gente pra conversar, fazer reunião, até reunião de equipe pra expor as coisas e em cima disso, trabalhar as melhorias das unidades.” (Informante 1)*

*Isso não deu certo por que? É de responsabilidade de quem? Da gestão, da coordenação? Do coordenador da equipe? (Informante 2)*

Pode ser observado que, diante da divisão de responsabilidades, faz-se primordial o estabelecimento de metas e prazos, além do constante monitoramento e

cobrança para a execução do planejamento, sob pena de não ocorrerem mudanças, que geram a insatisfação dos profissionais de saúde e descrédito frente aos processos avaliativos.

*“É ta fazendo a avaliação, identificando o problema e ver quem vai responder por esse problema, meta pra resolução e ir ao ponto mesmo. Se ainda é estrutura física, eu enquanto enfermeira da unidade, responsável pela unidade, não tenho poder pra mexer na estrutura física. Então direcionar e que essa pessoa responsável tenha prazo pra isso porque senão o próximo questionário vem e os problemas são os mesmos”* (Informante 2)

*“Eu acho que a sugestão era essa: assim que vier um instrumento, já se fazer um planejamento de seguimento e dar tempo!!! Porque se você não faz um cronograma de cobrança...vai longe. Às vezes isso pode gerar uma insatisfação até profissional. Quando vier outro você fala: mas vou fazer tudo de novo?”* (Informante 3)

Além disso, também pode ser constatada a característica cíclica dos processos de avaliação e monitoramento.

*“Então não teve esse cronograma: primeiro eu vou responder, eu vou ver o que eu resolvo ali, vou encaminhar pro gestor, vou cobrar do gestor, eu vou me avaliar.... O que eu implantei? Eu também não avaliei! Então a sugestão era mais isso: ter essa organização e planejamento para o seguimento”* (Informante 3)

*“Então eu acho que esse processo de avaliação deveria ser quase que contínuo, de uma maneira assim: vamos fazer um balanço no findar do ano de como foi a nossa qualidade de atenção na UBS”* (Informante 4)

Para que o processo de avaliação seja contínuo as falas abaixo foram reveladas, trazendo embutidas as questões do comprometimento do profissional, a execução do trabalho em equipe, a motivação e o reconhecimento no trabalho.

*“Basta querer!! Basta querer!! Basta querer!! É o que infelizmente, com o perdão da palavra, a gente tem que tirar a b... da cadeira e mexer! É isso, ta? Com frequência a gente vê, com frequência a gente vê isso, não é só aqui, acho que em todos os municípios: a pessoa que*



*tá na sala de vacina ela jamais vai ajudar a pré-consulta porque não é função dela estar na pré-consulta, por mais atribulada que a pré-consulta esteja. Ela prefere ficar lendo o jornal na sala de vacina do que ir ajudar a colega (bate a mão na mesa em sinal de indignação!)”* (Informante 4)

*“Então, o profissional de saúde tem que estar disponível. Então, a gente já viu aqui em [município] a disponibilidade tamanha de várias pessoas, mas nunca um agradecimento por tal disponibilidade. E isso dói!! Não quero ganhar 200 reais a mais, eu quero ganhar assim uma satisfação: Oh, muito obrigado por você ta fazendo isso. Então aquilo às vezes incentiva o funcionário”* (Informante 4)

*“Mas não tem reconhecimento (com expressão de desânimo)...porque isso não traz voto.....(silêncio) isso não traz voto....Então é triste hoje a gente viver esse momento, com tanta coisa andando, de revolução política, disso, daquilo e ainda o lado humano não ser valorizado”* (Informante 4)

## **6-DISCUSSÃO**

De modo geral, os resultados da avaliação das unidades básicas de saúde pertencentes à RS Rio Pardo indicam haver uma diferença significativa entre os modelos de atenção tanto para algumas questões de Estrutura quanto de Processo, apontando uma melhor qualidade das unidades de ESF no conjunto de questões relacionadas à dimensão Processo. Apesar da existência dessa diferença, para algumas questões o desempenho mostrou-se baixo, independente do modelo, indicando deficiências e pontos críticos que necessitam de reestruturação mais profunda dos serviços para que sejam sanados. A percepção dos profissionais entrevistados vai ao encontro dos achados, principalmente no que se refere à deficiência físico estrutural, de equipamentos e insumos das unidades. Além disso, enxergam a avaliação como um procedimento positivo e importante, embora a incorporação dos resultados seja ainda um processo desafiador e muitas vezes iminente, dependente da governabilidade e envolvimento de diversos atores, desde a unidade básica até os níveis superiores de gestão.

Na caracterização das unidades básicas de saúde segundo questionário Quali AB 2010, chama atenção o fato de 7 unidades se auto definirem como “outro”, tendo em vista a oferta de assistência a apenas um grupo populacional. Isso pode ser confirmado diante da observação na região de serviços centralizados que ofertam atendimento a uma população específica, principalmente referente à saúde da mulher e da criança. Apesar de se auto definirem como “centros de referência” pressupondo o atendimento especializado aos usuários encaminhados pelas unidades básicas de saúde, na prática, executam todos os atendimentos muitas vezes em função da precariedade das UBS, ausência de profissional na UBS com perfil para esse atendimento ou a baixa cobertura da ESF. Nesse sentido, além da auto definição de modelo de unidade, os resultados encontrados demonstram diferença estatisticamente significativa quando são comparadas as unidades de Saúde da Família com os demais tipos organizacionais quando se trata de ofertar ações de assistência a toda população. Esse cenário mostra-se propício para discussão do acesso aos serviços básicos de saúde próximos às suas casas, sem que haja restrições relacionadas ao gênero ou idade, bem como para o questionamento se esse acesso vem acompanhado da oferta de um amplo conjunto de cuidados integrais (CONILL, 2004).

Os resultados da avaliação individual das unidades com o Quali AB 2010 na RS Rio Pardo apresentaram-se bastante diversificados, demonstrando uma heterogeneidade na qualificação dos modelos de atenção, nas dimensões de Estrutura e Processo tanto para a região como entre os municípios. Essa heterogeneidade foi relatada por um informante-chave, reconhecendo a diferença de unidades da ESF dentro do município e deste com os demais da região, assim como nos achados ministeriais (MS, 1999). Além disso, em apenas cinco das trinta e sete unidades de saúde avaliadas, a dimensão Processo atingiu maior escore do que a dimensão Estrutura, reforçando as orientações de CASTANHEIRA et al.(2011) que, embora os indicadores de Estrutura sejam importantes, segundo os critérios e padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o Quali AB, maior destaque deve ser dado aos indicadores de Processo durante as discussões no nível local, devido a possibilidade de reorganização das ações muitas vezes ocorrer internamente à equipe.

Na dimensão Estrutura, os resultados da análise relacionados à Estrutura Física refletiram a realidade das unidades básicas de saúde, independente do modelo de

atenção, uma vez que na RS Rio Pardo não é rara a constatação de deficiência das instalações dos imóveis, sendo insuficientes as condições de trabalho. Tal confirmação foi ratificada pelos entrevistados do presente estudo, à semelhança dos achados de MOURA et al. (2010) em que as unidades de saúde funcionam em imóveis alugados, com características domiciliares, mesmo diante da existência de recomendações ministeriais como o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (MS, 2008) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 (ANVISA, 2002) que estabelecem critérios de estrutura a serem seguidos pelos estabelecimentos de saúde. Também em outros trabalhos (MEDEIROS et al., 2010, SERAPIONI e SILVA, 2011), a necessidade de melhoria das estruturas físicas e da ambiência das unidades foi citada para garantir condições de trabalho aos profissionais e adequado atendimento aos usuários. Ainda segundo MEDEIROS et al. (2010), o não envolvimento dos gestores e a falta de apoio institucional inviabilizam a resolução desses problemas de ordem estrutural.

Nesse sentido, o MS vem oferecendo propostas para reforma e ampliação por meio do Programa de Requalificação das unidades básicas de saúde (MS, 2011c) e construção de novas unidades básicas de saúde na tentativa de minimizar esse déficit (MS, 2009).

Para a subdimensão Recursos Humanos a diferença significativa encontrada entre ESF e UBS tradicionais pode ser explicada visto que a composição da equipe está de acordo ao que é preconizado pelo MS para a ESF (MS, 2011a). Além disso, é na ESF que a oferta de ações voltadas para a saúde da mulher, da criança, do adulto, de adolescentes, idosos e saúde mental é disponibilizada, com ações programáticas, atividades domiciliares e maior interação com a comunidade (CONILL, 2002). Ainda segundo a autora (CONILL, 2004), para avaliar a qualidade do cuidado dos serviços e dos sistemas de saúde, a integralidade é um importante atributo a ser considerado. No que se refere às ações de saúde bucal, também é na ESF que o atendimento clínico individual acontece concomitantemente às ações educativas dentro e fora da unidade de saúde.

Entretanto, apesar da média da variável “Composição da Equipe” ter atingido 7,6 para o total de unidades básicas de saúde, é importante salientar que não raro pode ser observado um quadro de deficiência de recursos humanos, com ausência de

profissionais fixos nas recepções, dificuldade na fixação de médicos (SERAPIONI e SILVA, 2011), precarização das formas de contratação de profissionais (FACCHINI et al., 2006), microáreas descobertas de ACS, unidades se limitando a ofertar atendimento apenas por uma equipe mínima, sem a incorporação de outros profissionais não médicos (CONILL, 2002). Também, o MS em sua Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2011), não estabelece um quantitativo mínimo de auxiliares/técnicos de enfermagem por equipe da ESF, o que dificulta a oferta da diversidade de serviços que esse nível de atenção deve desempenhar. Segundo os entrevistados, além da insuficiência em termos quantitativos também observados no trabalho de CONILL (2002), a qualificação dos trabalhadores se faz premente, incentivando a formação de profissionais especialistas e/ou residentes na área da AB e o estabelecimento de programas de educação permanente a todos os profissionais, conforme aponta CASTRO et al. (2012). Soma-se a isso o fato de nenhum município com ESF da região possuir equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Assim como no estudo de FACCHINI et al. (2006), os resultados permitem questionar a capacidade da AB responder às necessidades de saúde da população mediante problemas de estrutura física, perfil dos profissionais e o quantitativo de recursos humanos.

Na subdimensão Equipamentos e Insumos, além de não haver diferença significativa entre os modelos, todas as unidades básicas de saúde demonstraram deficiência no quesito oferta de vacina de modo rotineiro e exames feitos na própria unidade, como por exemplo, ECG, glicemia de ponta de dedo, teste de gravidez na urina, teste rápido para HIV, com valores médios abaixo de 50%. Os relatos dos entrevistados confirmam as dificuldades nessa subdimensão. No sentido de prover infraestrutura adequada às unidades básicas de saúde, a SES-SP elaborou em 2012 um projeto denominado Qualis UBS<sup>2</sup> que repassa incentivos financeiros aos municípios para a aquisição de equipamentos, mobiliários e instrumentais.

A existência de uma gama de informações registradas de modo rotineiro pelos serviços de saúde sem, no entanto, serem analisadas ou utilizadas para priorização

---

<sup>2</sup> Projeto Qualis UBS. Acesso em 15 de maio de 2013. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/qualis-ubs>

das ações e definição das intervenções relatadas por SILVA e FORMIGLI, 1994 parece não coincidir com a realidade das unidades de saúde da RS Rio Pardo avaliadas, visto que a variável utilização dos “dados da produção assistencial” obteve a maior média dentro da dimensão Estrutura. Parte desse resultado pode ser explicada, pois essa variável trata apenas da utilização desses dados para o redimensionamento da oferta de atendimento dentro da unidade, sem significar exatamente um planejamento com priorização das ações.

Com relação à dispensação de medicamentos e a disponibilidade de contraceptivos, no cotidiano das unidades da região, esses insumos encontram-se, na maioria das vezes, centralizados em uma farmácia municipal, em virtude da impossibilidade de manutenção de farmacêuticos em todas as unidades básicas de saúde, comprometendo a resolubilidade do atendimento. A disponibilidade de medicamentos foi retratada como um indicador de qualidade por usuários de serviços de ESF em estudo de SERAPIONI e SILVA (2011).

Dentro da dimensão Processo, subdimensão Organização/Qualificação da atenção à saúde, a diferença estatisticamente significativa encontrada entre os modelos de atenção sobre as ações desenvolvidas pelas unidades de saúde em casos de ocorrência de doenças de notificação compulsória e o acesso e a diversidade de serviços ofertados aos pacientes diabéticos e hipertensos, pode ser atribuída, pois nas equipes da ESF a ênfase do cuidado em saúde encontra-se voltada para a equipe multiprofissional e não apenas atrelada às consultas médicas, com o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas (TOMASI et al., 2003; FACCHINI et al., 2006).

Ainda nessa dimensão, para as variáveis que tratam das atividades regularmente programadas às crianças e o agendamento do primeiro atendimento a um recém-nascido pela equipe de atenção básica, foi possível identificar diferença significativa entre os modelos de atenção. Semelhante resultado foi observado por FACCHINI et al. (2006) na puericultura de crianças de um a três anos atendidas pelas unidades de ESF da região Nordeste, mas não das ESF do Sul.

Nenhuma das unidades da RS Rio Pardo avaliadas em 2010 solicita mamografia em consonância com os métodos preconizados pelo INCA para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher (MS, 2013a). Em

que pese a existência dessas recomendações, na prática, as unidades de saúde da RS Rio Pardo solicitam o exame a partir dos 40 anos para as mulheres sem risco elevado de câncer de mama, seguindo o preconizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM, 2013) mesmo havendo limitada evidência na redução da mortalidade nessa faixa etária (MS, 2013a). Os municípios da RS Rio Pardo relatam não ter dificuldade na realização de mamografias, tendo em vista a existência de prestadores contratados, além dos AMEs. Entretanto, a despeito dessas iniciativas, ainda o câncer de mama permanece com uma magnitude de primeira causa de morte na população feminina brasileira (INCA, 2012).

Referente ao Papanicolau, também nenhuma das unidades segue os critérios estabelecidos pelo MS para o rastreamento do câncer de colo de útero. A coleta ocorre anualmente, mesmo havendo dois exames anteriores e consecutivos normais. A periodicidade anual é considerada, equivocadamente, mais eficaz e segura pelas mulheres e profissionais de saúde, sendo desnecessária a repetição dos exames em períodos menores que o recomendado (MS, 2013a). Vale ressaltar que, segundo ANTTILA et al. (2009) e ARBYN et al. (2009a) citados no Caderno de Atenção Básica número 13 do MS (2013a) que trata do controle dos cânceres de colo de útero e mama, no âmbito da AB é primordial que o rastreamento do câncer de colo de útero atinja alta cobertura da população alvo para que haja efetivamente uma redução na incidência e mortalidade por câncer de colo de útero. Consequentemente, faz-se crucial incisiva preocupação com aquelas usuárias que não realizam rotineiramente ou nunca realizaram tais exames, cabendo às equipes de saúde não apenas contar com a demanda manifestada espontaneamente pela mulher, mas buscar ativamente essa população (CASTANHEIRA et al., 2011). À época da avaliação em 2010, a recomendação era de que o Papanicolau fosse priorizado para a faixa etária de 25 a 59 anos, tendo se estendido atualmente para os 64 anos (MS, 2013a).

Vale lembrar que o quadro epidemiológico demonstra que as neoplasias de modo geral ocupam a segunda causa de mortes na região (SIM, 2012). Especificamente, a mortalidade por câncer de colo de útero atingiu em 2009 a terceira causa de morte entre as mulheres (MS, 2013a). Corrobora com este cenário o fato de nove unidades não atenderem saúde da mulher ou não realizarem esse exame. Ademais, observando a realidade da região, as que ofertam o fazem, na maioria das vezes, de duas a três

vezes por semana, apesar de existirem aquelas que ofertam uma única vez na semana, prejudicando o acesso e a integralidade do cuidado. Adicione-se a isso, o fato de que nem todas as unidades básicas de saúde possuem consultório ginecológico com banheiro e mesa ginecológica. Nota-se, portanto, a influência negativa de questões estruturais no desempenho das atividades assistenciais.

Ainda no que diz respeito ao Papanicolau, outros obstáculos se colocam para a realização do exame, segundo revisão de literatura feita por SILVA et al. (2011): pouca escolaridade, inexistência de acompanhante, mulheres mais jovens e as de idade mais avançada, indisponibilidade de horário da mulher, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o fato de nunca terem realizado outros exames como mamografia, exame clínico da mama e teste de glicemia, medo ou constrangimento para a realização, desconhecimento do exame e de sua importância.

Medo dos testes, vergonha e desconhecimento foram as variáveis que tiveram influência no rastreamento de Papanicolau e mamografia encontradas em estudo de FERNANDEZ et al. (1998) com mulheres latinas de baixa renda nos Estados Unidos. Também foi constatada uma menor frequência de realização, além de níveis mais reduzidos de adesão às normas de rastreamento.

Em estudo de LEAL et al. (2005) os resultados demonstram que menos de 20% das mulheres possuíam cuidados adequados com a saúde no que diz respeito à utilização dos serviços e à adoção de comportamentos saudáveis, entre eles exame de Papanicolau e mamografia, cujos fatores mais relacionados foram: melhor escolaridade, ser casada, ter menos de 40 anos e ter plano de saúde.

Entendido como mais um obstáculo ao acesso, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem torna privativa ao enfermeiro a coleta de exame de colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau (Resolução COFEN nº 381/2011).

Vale ressaltar que para a variável avaliação dos resultados dos exames, não houve diferença estatística entre os modelos de atenção e pode ser observado um baixo desempenho das unidades de saúde avaliadas (média=2,3), indicando que nem todas analisam os exames complementares assim que chegam à unidade, prejudicando a identificação precoce de alterações e a avaliação da necessidade de convocação dos pacientes (CASTANHEIRA et al., 2011). Corrobora com este cenário o fato de muitas unidades básicas de saúde não terem instituído na rotina a convocação de

faltosos nas atividades agendadas, obtendo uma média igual a 2,5, sem diferença entre os modelos.

Embora as unidades da ESF apresentem, de modo geral, maior tendência em executar além de ações de assistência as ações de educação e promoção à saúde, para a variável que trata da educação em saúde na comunidade, não foi possível demonstrar diferença significativa entre os modelos de atenção uma vez que as unidades da RS Rio Pardo parecem trabalhar, em média, 60% dos temas mais relevantes em saúde. Os resultados encontrados por SALA et al. (2011) demonstram que esse tema alcançou os piores percentuais segundo os usuários, independente do modelo. RONZANI e SILVA (2008) questionam as “palestras” proferidas pelos profissionais de ESF de dois municípios mineiros, tendo em vista a não participação de usuários às atividades extra consultas, o que traz à tona a discussão acerca das necessidades sentidas pelos usuários e as orientações capazes de impactar na saúde da população.

Ainda segundo estudo de SALA et al. (2011), as unidades da ESF demonstraram inadequada assistência em saúde bucal e mental na visão dos usuários, havendo a necessidade de qualificar o atendimento segundo a demanda. Tais resultados, apesar de revelarem a opinião de usuários, corroboram em parte com o presente estudo, visto que as variáveis referentes ao atendimento odontológico e as orientações para os casos de alcoolismo obtiveram uma média de qualificação de 42% e 48%, respectivamente, sem diferença estatística entre os modelos de atenção. Adicione-se a isso, a fala de um informante chave acerca da dificuldade da equipe diante de situações envolvendo uso de álcool e drogas questionando a capacidade da equipe em lidar com tais problemas, para onde referenciar os casos mais graves, qual o limite de atuação da equipe de AB, ausência de matriciamento dos serviços de referência e incipiente articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Também, as atividades educativas voltadas à comunidade relacionadas ao tema parecem ocorrer ainda de modo embrionário.

Não obstante a existência de legislações acerca da utilização da penicilina nas UBS (MS, 2011d) e a responsabilidade da AB no seguimento dos pacientes para garantir a longitudinalidade do cuidado (CASTANHEIRA et al., 2011), a variável sobre o tratamento após o diagnóstico de sífilis na gestação apresentou a menor



média para o conjunto de unidades da RS Rio Pardo. A dificuldade de tratamento da gestante e seu parceiro na própria unidade traz imbricadas questões culturais, socioeconômicas, de deficiência de equipamentos e insumos de urgência, da disponibilidade de medicamentos nas unidades, da ausência de coleta de exames laboratoriais e realização de testes rápidos em muitas UBS, da insegurança e insuficiência de profissionais. Essas questões estruturais reforçam o quadro epidemiológico de tendência ascendente da incidência de sífilis congênita tanto para a RRAS 15 como para o estado de São Paulo de 2005 a 2010, ao contrário do que vem ocorrendo com a incidência de criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV para os mesmos locais e anos (SINAN, 2011). Esse quadro pode ser ratificado pelos estudos de MENDOZA-SASSI et al. (2011) cujos resultados, decorrentes da avaliação do pré-natal em um município do Sul do Brasil, demonstram que os exames de HIV são feitos de acordo com o preconizado pelo MS, o mesmo não ocorrendo com a sorologia para sífilis, com valores abaixo do recomendado pelo MS.

Nesse contexto, a SES-SP estabeleceu em seu plano estratégico 2012-2015, as metas de 0,5 caso de Sífilis Congênita para cada 1.000 nascidos vivos e aumentar para 90% a cobertura do tratamento em mulheres gestantes infectadas, ambas até 2015 (SES, 2013).

Para a variável que trata das opções de atendimento aos pacientes não agendados, ou seja, aqueles que buscam as unidades de saúde em demanda espontânea, não foi possível verificar diferença estatística entre os modelos de atenção. Cabe ressaltar que a atenção à demanda espontânea deve estar atrelada ao acolhimento, atendimento humanizado, resolutivo, capaz de gerar vínculo da equipe com as pessoas que procuram o serviço, sendo de responsabilidade de todos os profissionais das UBS (MS, 2011e). A organização dos serviços de AB para o cuidado à demanda espontânea pode refletir o acesso da população a esses serviços, legitimando-o como porta de entrada preferencial e prioritária às redes de atenção à saúde. Para tanto, a utilização da estratificação de risco e a avaliação de vulnerabilidade podem constituir-se potentes ferramentas na garantia de acesso com equidade. Contudo, a estrutura física das UBS pode influenciar negativamente o estabelecimento de um

adequado processo de trabalho das equipes no atendimento a essa demanda (MS, 2013b).

As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes e aos idosos foram algumas das variáveis de Processo que obtiveram baixo desempenho global, independente do modelo de atenção. Embora o Pacto em Defesa da Vida (MS, 2006a) tenha elencado como uma das prioridades a saúde do idoso e o perfil demográfico da RS Rio Pardo demonstre um considerável contingente de pessoas acima de 60 anos, as unidades básicas de saúde apresentam dificuldades na oferta de cuidados a essa população. Na região, podem ser observadas atividades pontuais dos grupos da terceira idade, com incipiente articulação entre as diversas secretarias. Além disso, estruturalmente, nem as UBS nem os municípios parecem estar organizados no sentido de minimizar as barreiras arquitetônicas. Vale ressaltar que a variável sobre vacinas disponibilizadas na unidade também apresentou um desempenho global baixo. Parte dessas dificuldades pode estar relacionada às dimensões culturais e sociais que tendem a não valorizar o envelhecimento e as potencialidades dos idosos (MS, 2006b).

Embora seja importante o desenvolvimento de atividades voltadas aos adolescentes na atenção primária por se tratarem de um grupo vulnerável (MS, 2005c), os resultados do presente estudo demonstram que as unidades básicas apresentaram um baixo desempenho total para essa questão. Alguns estudos corroboram com os achados demonstrando ser desafiador o atendimento dessa população, visto não ser considerada prioridade pelos profissionais, pela necessidade de capacitação para lidar com essa população, pela precariedade na oferta de atividades voltadas aos adolescentes (FERRRARI et al., 2006, HENRIQUES et al., 2010).

Na subdimensão Processos Gerenciais, os resultados demonstram que as equipes da ESF tendem a ter mais claramente o trabalho desenvolvido para uma população adscrita a um território delimitado por meio de planejamento. Muito embora haja essa recomendação ministerial para esse modelo (MS, 2011a), muitas unidades de ESF acabam por prestar atendimento a uma elevada população “fora da área” (SERAPIONI e SILVA, 2011), visto que os municípios da RS Rio Pardo que possuem ESF apresentam cobertura em torno de 30% e apenas um com 100% de

cobertura (MS, 2013c). Esse contexto acarreta queda da qualidade do serviço prestado, sobrecarga dos profissionais de saúde, dificuldade em desempenhar efetivamente a longitudinalidade do cuidado, maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e a convivência de diferentes modelos de atenção dentro do mesmo município.

Ao citarem Donabedian, FACCHINI et al. (2006) relatam que o desempenho das ESF tende a ser melhor em decorrência das reuniões de equipe pois possibilitam a discussão de assuntos referentes à gestão dos serviços e às ações programáticas que vão muito além das atividades centradas no médico e na consulta individual. Essa literatura reforça os resultados do presente estudo, visto que a periodicidade das reuniões de equipe e as reuniões destas com o nível central apresentaram-se significativamente favoráveis ao modelo da ESF. Soma-se a isso, a percepção dos informantes chave acerca da importância dessa comunicação e articulação, mesmo em unidades básicas tradicionais. Em que pese o processo avaliativo ocorrido em 2010 com o Quali AB ter sido feito de modo participativo e em equipe, segundo os entrevistados, um aspecto a ser salientado refere-se a não participação de ambos informantes médicos no preenchimento do questionário pelas UBS tradicionais, motivado pela ausência rotineira de reuniões de equipe nessas unidades, o que robustece os achados comentados anteriormente.

Apesar da participação da comunidade na gestão do SUS estar instituída legalmente possibilitando a criação de espaços de reivindicação popular nos serviços de saúde, alguns obstáculos podem ser observados para sua efetivação na prática cotidiana, como por exemplo, a ausência de sistematização nas discussões dos conselhos e a falta de motivação dos usuários nos espaços de gestão compartilhada decorrente de uma cultura de não participação social (COELHO et al., 2009). Estudos relatam a necessidade de capacitação de conselheiros e da comunidade para o exercício do controle social, bem como a relevância das equipes da ESF na criação de espaços para a participação popular nos serviços de saúde, tendo em vista o vínculo e a aproximação com a comunidade (CREVELIM e PEDUZZI, 2005; COELHO et al., 2009). Esses estudos reforçam o nosso resultado, visto que para a variável sobre as possibilidades de reclamações e sugestões de pacientes, as unidades de modo geral obtiveram desempenho baixo (média=2,3). No intuito de incentivar a

participação popular nas decisões para a gestão do SUS, a capacitação de conselheiros foi desenvolvida mediante plano regional de educação permanente sem, no entanto, contar com a representatividade de todos os municípios da região.

Em que pese os resultados da análise terem demonstrado diferença significativa favorável à ESF para algumas questões específicas representativas de Estrutura, na totalidade dessa dimensão essa constatação não foi possível. O estudo de MOURA et al. (2010) corrobora com esses achados, visto que foram evidenciadas deficiências no ambiente físico, nos recursos materiais e pessoal, tanto em unidades de ESF quanto em UBS tradicionais nos dois municípios baianos avaliados. Tais autores chamam atenção que, embora haja uma longa cadeia causal entre a estrutura dos serviços e seus efeitos, além do envolvimento de diversos atores (SILVEIRA et al., 2001), existe a necessidade de se considerar os componentes estruturais na avaliação e na gestão dos serviços de saúde (MOURA et al., 2010).

Para o conjunto de questões da dimensão Processo, houve diferença estatisticamente significante entre os modelos de atenção favorável à ESF. Existem evidências de que as ESF apresentam significativamente maior orientação à AB quando comparada às UBS tradicionais, segundo experiências de profissionais médicos e enfermeiros de Porto Alegre (CASTRO et al., 2012), bem como melhor estrutura e processo de atenção (CHOMATAS, 2008; IBAÑEZ et al., 2006). Assim, o aumento da cobertura da ESF na região pode ocasionar mudanças e qualificar a atenção (CASTRO et al., 2012).

Todavia, tanto para Estrutura quanto para Processo a média dos valores apresentou-se baixa para o total de unidades de saúde, representando uma adequação de 59% e 48%, respectivamente. Embora em estudo de FACCHINI et al. (2006) as unidades de ESF tenham apresentado uma maior adequação na oferta e utilização de ações de saúde, também foi constatado um contexto de baixa efetividade tanto nas ESF quanto nas UBS tradicionais.

Embora não tenha sido foco deste estudo avaliar o componente Resultado da proposta de Donabedian, TANAKA (2011) propõe iniciar a avaliação da Atenção Básica na construção da rede de atenção pela dimensão Processo, visto que a partir dele, alguns resultados podem ser esperados e assim, a tomada da decisão para a

adequação das condições estruturais possa ser advinda das necessidades identificadas para a realização de adequado Processo.

Tendo em vista que um dos principais objetivos das avaliações constitui-se em subsidiar a tomada das decisões (HABICHT et al., 1999; TANAKA, 2006), para os entrevistados, além disso, elas deveriam ocorrer de modo contínuo, auxiliando no planejamento das ações com o estabelecimento de metas, cronogramas e apropriação de cada instância sobre suas responsabilidades na execução, sob pena de não serem contempladas as finalidades de uma avaliação (VASCONCELOS et al., 2008). Embora os processos avaliativos muitas vezes apontem pontos negativos que implicam em decisão política em aceitar e encarar os problemas a serem resolvidos (SILVA e FORMIGLI, 1994), parece consenso entre os informantes chave a sua importância. Em estudo-piloto de VENANCIO et al. (2008) sobre a implantação da AMQ na região de Registro, os gestores municipais, coordenadores de AB e profissionais de saúde da ESF também compreenderam a avaliação dos serviços de saúde como sendo necessária para promover uma melhoria da qualidade.

Em tempos de incentivo à auto avaliação mediante apoio financeiro (MS, 2011), vale ressaltar que mais que “assegurar o repasse de recursos, é preciso não perder de vista os princípios fundamentais que orientam a política de saúde” (CONILL, 2004).

Algumas limitações do nosso estudo podem ser reconhecidas. Inicialmente, o fato de serem considerados apenas os profissionais dos serviços de atenção básica e não outros atores nessa avaliação. Outra se constitui da impossibilidade da pesquisa possuir validade externa, visto que esses resultados devem levar em conta o contexto local (CASTRO et al., 2012). Entretanto, um aspecto facilitador constituiu-se da disponibilidade dos profissionais de saúde em participar prontamente das entrevistas, possibilitando ampliar a compreensão dos resultados.

Vale lembrar que a utilização de um banco de dados secundário (Quali AB 2010) proveniente de um processo avaliativo de significativa magnitude em virtude da ampla adesão dos municípios do estado de São Paulo e da possibilidade de auto avaliação das unidades básicas de saúde independente do modelo de atenção, pôde auxiliar a retratar a Atenção Básica estadual, com vistas ao planejamento de ações de suporte aos municípios.

## 7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu a identificação de diferenças entre os modelos de atenção, com a ESF apresentando, de modo geral, melhores condições organizacionais e de atividades realizadas, embora persistam ainda inúmeras fragilidades nos processos de trabalho, bem como nas dimensões estruturais. Para a dimensão Estrutura, não foi possível identificar diferença significativa entre os modelos de atenção. Além disso, pôde ser constatado um baixo desempenho em ambas as dimensões.

Também, foi possível às unidades de saúde a identificação de seu desempenho na dimensão Estrutura e Processo, subsidiando a tomada de decisões no que concerne a sua governabilidade. Complementarmente, as entrevistas trouxeram contribuições qualitativas para potencializar a incorporação dos resultados da avaliação por profissionais da saúde e gestores.

Sendo assim, esses resultados permitem a elaboração de um planejamento baseado nas necessidades e a proposição de melhorias para a qualificação do serviço prestado à população.

Não se pretende a generalização desses achados, mas um aperfeiçoamento na qualidade dos serviços de Atenção Básica da RS Rio Pardo levando-se em conta o contexto da região. Nesse sentido, a divulgação e a apropriação dos resultados faz-se mister tanto para os gestores, detentores de governabilidade capazes de implementar políticas na gestão, quanto para os trabalhadores “da ponta” capazes de desencadear mudanças imediatas em nível local. Embora a divulgação dos resultados encontrados para a RS Rio Pardo se constitua em “pontapé inicial” para a incorporação dos resultados das avaliações, permanece ainda o desafio de como torná-las processos contínuos capazes de efetivamente modificar as práticas e motivar profissionais e gestores na constante busca pela melhoria da saúde da população.

Ressalte-se que o presente estudo se propôs a analisar as dimensões de Estrutura e Processo, sem a verificação de Resultados, sendo importante a complementação com outros estudos capazes de medi-los, como por exemplo, os que verificam a percepção da qualidade dos serviços sob o ponto de vista de usuários e gestores municipais.

## 8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução –RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) n.50: 21/02/2002. Dispõe sobre regulamento teórico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002
2. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em atenção básica à saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 05 set 2011];24(8):1727-1742. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/02.pdf>
3. Andrade LOM; Bueno ICHC; Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Campos GWS; Minayo MCS; Akerman M; Drumond Jr M; Carvalho YM. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Ed. Fiocruz; 2006. p.783-836
4. Andrade MC, Castanheira, ERL. Cooperação e apoio técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. Saúde Soc [periódico na internet]. 2011 [acesso em 12 set 2011];20(4):980-990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/15.pdf>
5. Aquino R; Oliveira NF; Barreto ML. Impact of Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Amer J Public Health [periódico na internet]. 2009 [acesso em 5 março 2012];99(1):87-93. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/?tool=pubmed>
6. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2002 [acesso em 4 nov 2011];7(3):401-412. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13021.pdf>
7. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. [periódico na internet]. 2005 [acesso em 11 jul 2012];2(3):68-80. Disponível em:

- <http://www.journal.ufsc.br/index.php/emtese/search/results>
8. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 15 dez 2011];41(1):150-153. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/21.pdf>
  9. Bosi MLM, Mercado-Martinez FJ. Modelos avaliativos e reforma sanitária brasileira: enfoque qualitativo-participativo. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2010 [acesso em 15 dez 2011];44(3):566-70. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/22.pdf>
  10. Braga Neto, FC; Barbosa PR; Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.665-704
  11. Camargo Junior KR; Campos EMS; Teixeira MTS; Mascarenhas MTM; Mauad NM; Franco TB. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad Saúde Pública. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 15 dez 2011];24 Sup 1:S58-S68. Disponível em:  
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/11.pdf>
  12. Castanheira ERL; Dalben I; Almeida MAS; Puttini RF; Patrício KP; Machado DF et al. Avaliação da qualidade da Atenção Básica em 37 municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. Saúde e Sociedade [periódico na internet]. 2009 [acesso em 10 out 2011];18 supl.2:84-88. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/14.pdf>
  13. Castanheira ERL; Nemes MIB; Almeida MAS; Puttini RF; Soares ID; Patrício KP et al. Quali AB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. Saúde Soc [periódico na internet]. 2011 [acesso em 22 fev 2012];20(4):935-947. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>
  14. Castro RCL; Knauth DR; Harzhein E; Hauser L; Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre



- os diferentes tipos de serviços. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2012 [acesso em 09 de janeiro de 2013];28(9):1772-1784. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>
15. Coelho MO; Jorge MSB; Guimarães JMX. Participação social na atenção básica à saúde: concepções e práticas dos usuários e trabalhadores do Programa de Saúde da Família. Rev APS [periódico na internet]. 2009 [acesso em 14 maio 2013];12(4):448-458. Disponível em:  
<http://www.aps.ujf.br/index.php/aps/article/download/282/269>
16. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº381/2011. Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncológica pelo método de Papanicolaou. Diário Oficial da União nº 140, Seção 1, p.229
17. 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 na internet]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. [acesso em 12 fev 2012]. Disponível em:  
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24606/000747716.pdf?sequence=1>
18. Conill EM. Ensaio histórico conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. [periódico na internet]. 2008 [acesso em 12 fev 2012];24 Sup 1:S7-S27. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>
19. Conill, EM. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. Ciência e Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 12 fev 2012];11(3):564-576. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30970.pdf>
20. Conill, EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública.

- [periódico na internet]. 2004 [acesso em 12 fev 2012];20(5):1417-1423. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/38.pdf>
21. Conill, EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública. [periódico na internet]. 2002 [acesso em 7 de jan 2013];18(Supl):191-202 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13805.pdf>
22. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre e trabalhadores e usuários? Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2005 [acesso em 14 maio 2013];10(2):000-000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n2/a10v10n2.pdf>
23. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA; 260: 1743-8, 1988
24. Facchini LA; Piccini RX; Tomasi E; Thumé E; Silveira DS; Siqueira FV et al. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na internet]. 2006 [acesso em 7 jan 2013];11(3):669-681. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v11n3/30982.pdf>
25. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Mater Infant. [periódico na internet]. 2004 [acesso em 18 nov 2011];4(3):317-321. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>
26. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 18 nov 2011];24(9):2091-2102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/15.pdf>
27. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 18 nov 2011];11(3):553-563. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30969.pdf>

28. Fernandes VBL. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2009 [acesso em 12 fev 2012];43(6):928-36. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>
29. Fernandez ME; Tortolero-Luna G; Gold RS. Mammography and Pap test screening among low-income foreign-born Hispanic women in the USA. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 1998 [acesso em 7 jan 2013];14(Supl.3):133-147. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s3/1313.pdf>
30. Ferrari RAP; Thomson Z; Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros as equipes da saúde da família. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 [acesso em 14 maio 2013];22(11):2491-2495. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n11/24.pdf>
31. Figueiró AC; Frias PG; Navarro LM. Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas Instituições. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.01-13
32. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2009 [acesso em 9 set 2011];14(3):743-752. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>
33. Frias PG; Costa JMBS; Figueiró AC; Mendes MFM; Vidal SA. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 43-55
34. Fundação SEADE. IPRS 2008. São Paulo. São Paulo; 2010 [acesso em 6 março 2012]. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/iprs>.
35. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI organizadores.. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625

36. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da Atenção Básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 3 fev 2012];18(2):189-198. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>
37. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa de Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 12 de janeiro de 2012];24(4): 809-819. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/11.pdf>
38. Henriques BD et al. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. *Rev Med Minas Gerais* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 14 maio 2013];20(3): 300-309. Disponível em:  
<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/268/251>
39. 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. *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2006 [acesso em 11 nov 2011];11(3):683-703. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>
40. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Brasília: 2010. [acesso em 11 maio 2011. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/towindow.htm?1>
41. Instituto Nacional do Câncer. Atlas de mortalidade. Brasília: INCA, 2012
42. Leal MC; Gama SGN; Frias PG; Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian woman. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2005 [acesso em 7 jan 2013];21(Supl.1):S78-S88. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21s1/09.pdf>
43. Levi ML, Scatena JHG. Evolução recente do financiamento do SUS e considerações sobre o processo de regionalização. In: Viana ALD, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contracapa/Fiocruz; 2011. p.81-113.

44. Lima LD. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
45. Macinko J; Dourado I; Aquino R; Bonolo PF; Lima-Costa MF; Medina MG et al. Forte expansão da atenção básica à saúde no Brasil associada a um declínio da hospitalização desnecessária. Health Affairs [periódico na internet]. 2010 [acesso em 5 março 2012];29(12):2149-2160. Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/content/suppl/2011/09/07/29.12.2149.DC2/Macinko-portuguese.pdf>
46. Macinko J; Gaunais FC; Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health [periódico na internet]. 2006 [acesso em 5 março de 2012];60:13-19. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/?tool=pubmed>
47. Maciocco G, Stefanini A. From Alma-Ata to the Global Fund: the history of international health policy. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico na internet]. 2007 [acesso em 7 out 2011];7(4):479-486. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n4/a16v7n4.pdf>
48. Medeiros FA et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. Rev. Salud publica [periódico na internet]. 2010 [acesso em 07 de janeiro de 2013];12(3):1-7. Disponível [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01240064201000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064201000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
49. Mello GA, Fontanella BJB, Dermazo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde-origens e diferenças conceituais. Rev APS [periódico na internet]. 2009 [acesso em 5 set 2011];12(2):204-213. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307/203>
50. Mendes EV. A Atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002
51. Mendes EV. Agora mais do que nunca. Uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte, CONASS, 2009.

52. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
53. Mendoza-Sassi RA; Cesar JA; Teixeira TP; Ravache C; Araújo GD; Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia de Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2011 [acesso em 7 jan 2013];27(4):787-796. Disponível em:  
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n4/18.pdf>
54. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
55. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
56. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprovas as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. [acesso em 11 jan 2012]. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)
57. Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família-PSF. Brasília DF; 1999.
58. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 676 de 03 de junho de 2003, Constitui Comissão de Avaliação da Atenção Básica, publicado no DOU de 04 de junho de 2003a
59. Ministério da Saúde. Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF; 2003b
60. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico na internet]. 2003c [acesso em 11 jan 2012]; 3(2):221-224. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>

61. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.322 de 09 de dezembro de 2003. Estabelece os valores a serem transferidos aos municípios habilitados à implementação dos Planos Municipais de Expansão do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 10 de dezembro de 2003, Seção 1, p.79
62. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF; 2004
63. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2005a.
64. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Documento técnico. Brasília, DF; 2005b. [acesso em 3 jan 2012. Disponível em:  
[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/ImprsCadernoAvaliativo\\_4\\_final.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/ImprsCadernoAvaliativo_4_final.pdf)
65. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF; 2005c.
66. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto
67. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006b.
68. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2.ed. Brasília, DF; 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
69. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.226 de 18 de setembro de 2009. Institui o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União 20 de novembro de 2009. Seção 1, p.118

70. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 31 de dezembro de 2010. Seção 1, p.88
71. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS. Diário Oficial da União. 24 de outubro de 2011. Seção 1, p. 48-55
72. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011b. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do Piso de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 20 de julho de 2011, Seção 1, p.79
73. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.206 de 14 de setembro de 2011c. Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo componente reforma.
74. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº3.161 de 27 de dezembro de 2011d. Dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 28 de dezembro de 2011, Seção 1, p.54
75. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília; 2011e
76. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família (Proesf). Brasília, DF [acesso em 22 fev 2012]. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/PROESF>
77. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres de colo de útero e da mama. Brasília,DF; 2013a



78. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF; 2013b
79. Ministério da Saúde. Histórico da cobertura Saúde da Família. Acesso em 28 de maio de 2013c. Brasília, DF; 2013[ acesso em dia mês ano]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php)
80. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade. Brasília, DF; 2013 [acesso em 22 abr 2013].
81. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN. 2012. [acesso em 29 abr 2011]
82. Moura BLA; Cunha RC; Fonseca ACF; Aquino R; Medina MG; Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant [periódico na internet]. 2010 [acesso em 9 jan 2012];10(Supl.1):S69-S81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf>
83. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saúde Soc [periódico na internet]. 2004 [acesso em 15 mar 2012];13(3): 44-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>
84. Novaes, HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2000 [acesso em 8 jan 2012]; 34(5):547-59. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>
85. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Portugal; 2008 [acesso em 18 abr 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)
86. Organização Pan-Americana da Saúde. Renovación de la atención primaria de salud em las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2005.

87. Organização Pan-Americana da Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington: OPS; 2010
88. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: OPS; 2011.
89. Paim JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.547-573.
90. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 jul 2012];13(1):23-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>
91. Sala A; Luppi CG; Simões O; Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc [periódico na internet]. 2011 [acesso em 22 abr 2013];20(4):948-960. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/12.pdf>
92. São Paulo (Estado). Decreto nº 53.019 de 20 de maio de 2008. Regulamenta a transferência de recursos financeiros de forma direta e regular do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, destinados ao financiamento das ações e serviços de Saúde realizados no âmbito da Atenção Básica.
93. São Paulo (Estado). Resolução SS n. 187 de 05 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o Projeto de apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 13 de jan.2009, v.7, Seção 1, p.1.
94. São Paulo (Estado). Projeto de apoio à regionalização do SUS no Estado de São Paulo. Unicamp, 2009.
95. Schraiber LB; Peduzzi M; Sala A; Nemes MIB; Castanheira ERL; Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 1999 [acesso em 9 jan

- 2012];4(2):221-242. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7110.pdf>
96. Secretaria Estadual da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera. São Paulo; 2010.
97. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 27 de 26 de maio de 2010. Aprova as diretrizes para a pactuação entre os gestores do SUS visando à formulação da Política da Atenção Básica no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 27 maio 2010; Seção 1, p.25
98. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS n. 61 de 14 de junho de 2011. Dispõe sobre o Programa de apoio técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde-SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 15 jun 2011; Seção 1
99. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS 99 de 04 de outubro de 2011. Institui Comissão Técnica Regional para avaliar as unidades básicas de saúde a serem distinguidas com o Selo de Qualidade “Boas Práticas de Atenção Básica” no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 5 out. 2011, v. 121, Seção 1
100. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº153 de 21 de setembro de 2007. Constitui e aprova 64 Regiões de Saúde no estado de São Paulo.
101. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação nº 36 de 21 de setembro de 2011. Constitui e aprova as Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 22 nov 2011. Seção 1, p.51
102. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP. [acesso em 29 abr 2013]. Disponível em:  
<http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaidssp/acoes-programaticas/plano-estrategico-2012-2015/>

103. Serapioni M, Silva MGC. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em município do Ceará. Uma abordagem multidimensional. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2011 [acesso em 9 mar 2012];16(11):4315-4326. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a04v16n11.pdf>
104. Silva JMA; Souza RC; Manzo BF; Souza SR; Pereira SM. Fatores relacionados a não continuidade da realização do exame citológico Papanicolau. Percurso Acadêmico, Belo Horizonte. 2011;1(2):.225-239.
105. Silveira DS; Santos IS; Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2001 [acesso em 22 abr 2013];17(1):131-139. Disponível em  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
106. Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Saúde Soc [periódico na internet]. 2007 [acesso em 9 jan 2012];16(3):85-91. Disponível em:  
<http://pt.scribd.com/doc/29402245/psf-equidade-rsp-usp-apsp>
107. Sociedade Brasileira de Mastologia. [acesso em 19 abr 2013]. Disponível em:  
<http://www.sbmastologia.com.br/sintomas-diagnosticos/rastreamento-diagnostico-cancer-de-mama.htm>
108. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 9 jan 2012];23(11):2727-2739. Disponível em:  
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n11/19.pdf>
109. Souza RR; Andrade MC; Azevedo CN. Agenda do gestor municipal de saúde: organizando o sistema a partir da atenção básica. São Paulo: SES/SP, 2009.
110. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

111. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinant of health: an international perspective. Health Policy [periódico na internet]. 2002 [acesso em 17 abr 2012];60;201–218. Disponível em:  
[www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60\(3\)-201-18.pdf](http://www.eicp.ca/en/toolkit/pe/Shi-Starfield-Health-Policy-60(3)-201-18.pdf)
112. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. Interface-Comunic Saúde, Educ [periódico na internet]. 2000 [acesso em 10 jun 2010];4(7):113-118. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/09.pdf>
113. Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2006 [acesso em 10 jun 2010];11(3):564-576. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30973.pdf>
114. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em saúde: uma nova proposta. Saúde Soc. [periódico na internet]. 2011 [acesso em 22 abr 2013];20(4):927-934. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/10.pdf>
115. Teixeira CT. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):564-576.
116. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2002 [acesso em 10 mar 2012];18(6):1561-1569. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13251.pdf>
117. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2008 [acesso em 10 mar 2012];24(12):2891-2900. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/18.pdf>
118. Venancio SI; Silva AL; Nogueira-Martins MCF; Martins PN; Figueiredo R; Bastos S et al. Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família-AMQ: estudo de implantação no estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde; 2008

119. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. Physis: Rev Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 dez 2011];18(4):645-684. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a04.pdf>
120. Viana ALD; Ibañez N; Elias PEM; Lina LD; Albuquerque MV; Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da Saúde. São Paulo em Perspectiva [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 dez 2011];22(1):92-106. Disponível em: [http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01\\_07.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf)
121. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. Physis: Revista de Saúde Coletiva [periódico em internet]. 1998[acesso em 20 dez 2011];8(2):11-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>
122. Westphal MF; Bogus CM; Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Ofic Sanit Panamer. 1996; 120(6): 472-82

## 9. ANEXOS

ANEXO 1: Questionário Quali AB aplicado em 2010.

### AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

#### *I. Identificação e características gerais do serviço*

1. A unidade se caracteriza por ser:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF) – composta por médico, enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, **com ou sem** equipe de saúde bucal
- 2) Unidade de Saúde da Família (USF) com diferentes especialidades
- 3) Unidade Básica de Saúde – composta pelas áreas de saúde da criança, mulher, adulto, **com ou sem** outras especialidades
- 4) Unidade Básica de Saúde que agregou uma ou mais equipes de Saúde da Família
- 5) Unidade Básica de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 6) Postos avançados – unidades que não possuem equipe fixa em período integral (equipes volantes)
- 7) Outro.

2. Localização da Unidade:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Rural
- 2) Urbana - Central
- 3) Urbana - Periférica

3. A área de abrangência (ou território) é geograficamente delimitada:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) por meio de planejamento – processo de definição de território ou área de abrangência, levantamento de necessidades de saúde, entre outros.
- 2) na prática, pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.
- 3) Não é delimitada, ou seja, é aberta para todos que procurem atendimento.

4. Quanto às instalações do imóvel, pode se dizer que:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Tem sala de espera
- 2) O número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
- 3) O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada
- 4) Possui bebedouro
- 5) Tem banheiros dentro do consultório ginecológico
- 6) Possui quadro para informações
- 7) Possui televisão

- 8) Possui sistema de senhas na sala de espera
- 9) Possui microcomputadores
- 10) Possui acesso à Internet
- 11) Pintura em bom estado de conservação
- 12) Salas em número adequado para as atividades realizadas
- 13) Mesa para exame ginecológico



5. A equipe de profissionais da Unidade é composta por:

(Número total de profissionais pertencentes à equipe local por categoria. Nas colunas seguintes assinalar se esses profissionais atendem apenas nessa unidade ou se percorrem outras unidades de saúde):

**Preenchimento aberto (numérico)**

Categoria	Número de Profissionais Fixos na unidade	Número de profissionais Volantes (atende mais de uma unidade)
1) Médico de família => 2) Médico clínico geral => 3) Médico pediatra => 4) Médico ginecologista => 5) Médico psiquiatra => 6) Médicos de outras especialidades 7) Enfermeiro => 8) Dentista => 9) Psicólogo 10) Terapeuta Ocupacional => 11) Assistente Social => 12) Nutricionista => 13) Fonoaudiólogo => 14) Fisioterapeuta => 15) Farmacêutico => 16) Agente Comunitário 17) Auxiliar de enfermagem 18) Técnico de enfermagem 19) Auxiliar de cirurgia dentista => 20) Técnico de higiene dental => 21) Auxiliar de farmácia => 22) Recepcionista => 23) Auxiliar administrativo => 24) Auxiliar de serviços gerais => 25) Vigia => 26) Motorista => 27) Outros =>		

6. As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade no último ano** foram feitas principalmente por meio de:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Campanhas anuais sobre os diferentes temas (como DST/AIDS, HÁ, DM, Raiva, etc)
- 2) Atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)
- 3) Articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)

4) Não realiza atividades na comunidade

7. Os procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina nessa Unidade são:

***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) Vacinação
- 2) Inalação
- 3) Curativo
- 4) Retirada de pontos
- 5) Suturas
- 6) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 7) Hidratação por via venosa
- 8) Aplicação de tratamento endovenoso
- 9) Aplicação de tratamento intramuscular
- 10) Drenagem de abscessos
- 11) Troca de sonda vesical de demora
- 12) Cauterização em ginecologia
- 13) Outros
- 14) Não realiza nenhum procedimento

8. As seguintes vacinas são aplicadas na Unidade:

***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Poliomelite
- 4) Tetraivalente (DTP + Hib)
- 5) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 6) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 7) dT (dupla adulto)
- 8) Rotavírus Humano
- 9) Febre Amarela
- 10) Anti-rábica
- 11) Influenza
- 12) Não realiza vacinação

9. Exames **feitos** na Unidade:

***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) Eletrocardiograma (ECG)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Concentração de açúcar na urina (glicofita)
- 4) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou  $\beta$ HCG
- 5) PPD (Tuberculose)
- 6) Teste de Mitsuda (hanseníase)
- 7) Colposcopia
- 8) Teste rápido para HIV
- 9) Não realiza nenhum exame

10. Exames **colhidos** na Unidade:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Teste do pezinho
- 3) Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)
- 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 5) Linfa para baciloscopia para hanseníase
- 6) Biópsias (colo, vulva, pele, outros)
- 7) Outros
- 8) Não são colhidos exames na Unidade

**11.** No caso de acidentes com material pérfuro cortante (agulhas, bisturi, etc) com profissionais dessa Unidade, as condutas usualmente tomadas são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Coleta de sorologia do profissional acidentado
- 3) Coleta de sorologia do paciente fonte
- 4) Abertura de comunicação de acidente de trabalho (CAT)
- 5) Encaminhamento para serviço de referência
- 6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado
- 7) Teste rápido para HIV do paciente fonte
- 8) Imunização do profissional contra tétano (se não vacinado há 5anos ou mais)
- 9) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 10) Notificação do acidentado à vigilância epidemiológica
- 11) Não ocorrem acidentes desse tipo na Unidade

**12.** A unidade desenvolve ações de assistência nas seguintes áreas:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Saúde da Mulher
- 2) Saúde da Criança
- 3) Saúde do Adulto
- 4) Saúde do Adolescente
- 5) Saúde do Idoso
- 6) Saúde Bucal
- 7) Saúde Mental
- 8) Outros

**13.** Em relação ao número de consultas médicas informe:

**Preenchimento**

- 1) Quantas **consultas médicas** foram realizadas no último mês nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias): \_\_\_\_\_
- 2) Do total de consultas médicas realizadas **no último mês, quantas foram agendadas?** \_\_\_\_\_
- 3) Do total de consultas médicas realizadas **no último mês quantas foram para pacientes não agendados** (consideradas como extras ou eventuais)? \_\_\_\_\_
- 4) Dados não disponíveis

14. Em relação à população da área de abrangência da unidade, informe:

- 1) o número aproximado de moradores (população residente): \_\_\_\_\_
- 2) o número aproximado de famílias: \_\_\_\_\_
- 3) Dados não disponíveis

## II. Registro de dados e informações em saúde

15. Os dados que possuem registro de rotina na Unidade são:

### Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Número de atendimentos e procedimentos
- 2) Número de consultas por faixa etária
- 3) Número de consultas por programa
- 4) Número de consultas por médicos
- 5) Número de consultas por equipe multiprofissional
- 6) Número de atendimentos em grupo
- 7) Número de faltas em consulta médica
- 8) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- 9) Número de pacientes atendidos por faixa etária
- 10) Número de pacientes atendidos por sexo
- 11) Número de pacientes inscritos e em seguimento em cada programa
- 12) Número de vacinas realizadas
- 13) Número de faltosos
- 14) Número de coleta de papanicolau
- 15) Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)
- 16) Número de fichas avulsas abertas
- 17) Outros
- 18) Não existe registro de dados

16. Os dados da produção assistencial da Unidade:

### Assinale apenas uma alternativa

- 1) São utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos da unidade
- 2) São disponibilizados para os sistemas de informação, mas não são utilizados na unidade
- 3) Não estão disponíveis para o conhecimento da unidade

17. Os dados epidemiológicos da região:

### Assinale apenas uma alternativa

- 1) São utilizados para o planejamento de novas ações de saúde na unidade
- 2) Estão disponíveis, mas não são utilizados pela unidade
- 3) Não são do conhecimento da unidade

18. Quanto ao perfil da demanda dos usuários (principais diagnósticos, queixas, sexo, idade, entre outras características), esta Unidade realizou nos últimos três anos:

### Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Levantamento de dados por programas (Pré-natal, hipertensão, etc)
- 2) Levantamento de dados sobre a demanda espontânea
- 3) Existem estudos antigos, que não foram atualizados

4) Não realizou levantamentos

### ***III. Organização da Atenção à Saúde***

#### ***III.1. Perfil geral de atividades***

**19.** As ações de educação em saúde realizadas **na comunidade** (atividades "EXTRA MUROS" ), no último ano foram:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase
- 4) Planejamento familiar
- 5) Aleitamento materno
- 6) Saúde bucal
- 7) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM
- 8) Prevenção de obesidade
- 9) Educação alimentar
- 10) Atividades físicas
- 11) Prevenção do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc..)
- 12) Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais
- 13) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)
- 14) Uso de álcool e outras drogas
- 15) Tabagismo
- 16) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, etc..)
- 17) Posse responsável de cães e gatos
- 18) Outras
- 19) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

**20.** As ações de educação em saúde desenvolvidas para **os usuários dessa Unidade**, no último ano, foram:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase
- 4) Planejamento familiar
- 5) Aleitamento materno
- 6) Grupos de gestantes
- 7) Grupos de puericultura
- 8) Grupos de gestantes adolescentes
- 9) Grupos de menopausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 12) Prevenção de obesidade
- 13) Educação alimentar
- 14) Atividades físicas

- 15) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção da limpeza de córregos, praças, etc..)
- 16) Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais
- 17) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, etc)
- 18) Uso de álcool e outras drogas
- 19) Tabagismo
- 20) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, etc..)
- 21) Posse responsável de cães e gatos
- 22) Outras
- 23) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

**21.** Na área de abrangência desta Unidade, quando ocorrem casos de doença de notificação compulsória (por exemplo: meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, etc.), a Unidade:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Atende os casos, se estes procurarem pela Unidade
- 3) Preenche a ficha de notificação compulsória
- 4) Realiza ações de educação e prevenção para os usuários da Unidade em relação aos agravos notificados
- 5) Realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 6) Outras
- 7) Não realiza nenhuma atividade

### ***III.2. Recepção***

**22.** As opções de atendimento para os pacientes não agendados (os **pacientes "extras" ou "demanda espontânea"**) são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Consulta médica no mesmo dia
- 2) Consulta de enfermagem (com enfermeiro) no mesmo dia
- 3) Atendimento de enfermagem (com auxiliar/técnico de enfermagem) no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira
- 4) Agendamento de consulta médica
- 5) Agendamento de consulta de enfermagem
- 6) Agendamento com outros profissionais de própria Unidade
- 7) Agendamento para atendimento em grupo
- 8) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 9) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 10) Encaminhamento para serviços de outras áreas (como segurança, educação, esportes, ONG, etc.)
- 11) Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso
- 12) Não atende pacientes não agendados (demanda espontânea)

23. Esta Unidade trabalha com agendamento para:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Todas as atividades oferecidas
- 2) Somente para as consultas médicas
- 3) Não trabalha com agendamento

24. A proporção aproximada entre o número de Consultas Médicas Agendadas e o número de Consultas Médicas de Pronto Atendimento (para pacientes não agendados, extras ou eventuais) **nos últimos três meses** foi:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) 100% de pacientes agendados
- 2) 30% de pacientes agendados e 70% de não agendados
- 3) 70% de pacientes agendados e 30% de não agendados
- 4) 40% de pacientes agendados e 60% de não agendados
- 5) 60% de pacientes agendados e 40% de não agendados
- 6) 50% de pacientes agendados e 50% de não agendados
- 7) 100% de pacientes não agendados
- 8) Informação não disponível

25. As consultas médicas são agendadas:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Com hora marcada para cada paciente
- 2) Para grupo de pacientes por hora
- 3) Para todos os pacientes no início do turno
- 4) As consultas não são agendadas

26. Na sala de espera são realizadas as seguintes atividades:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) A TV fica ligada em programas de canal aberto
- 2) Discussão de temas propostos pelos pacientes
- 3) Uso de vídeos com temas de educação em saúde
- 4) Palestras
- 5) Exposição de cartazes educativos
- 6) Distribuição de panfletos educativos
- 7) Outras atividades de educação em saúde
- 8) Nenhuma atividade é realizada

### ***III.3. Acompanhamento de rotina***

27. Os resultados dos exames são avaliados:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para atendimento, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Não são avaliados

**28.** A convocação de faltosos em atividades agendadas é realizada nas seguintes situações:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 3) Resultado(s) de exame(s) alterado (s)
- 4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações
- 5) Recém-nascidos
- 6) Recém-nascidos de risco
- 7) Crianças em seguimento na puericultura
- 8) Crianças até dois anos
- 9) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose ou hanseníase
- 12) Outras
- 13) Não se faz convocação de faltosos

**29.** Quais ações são realizadas de rotina na pré-consulta (ou preparo):

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) A pré-consulta é realizada somente em alguns casos
- 2) Aferir peso, pressão arterial (e temperatura, quando couber)
- 3) Verificar queixas agudas
- 4) Acolher o paciente agendado
- 5) Outros
- 6) Não existe pré-consulta

**30.** Quais ações são realizadas de rotina na pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico):

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Agendar retorno
- 2) Agendar exames
- 3) Agendar consulta de especialidade
- 4) Reforçar as orientações da consulta médica
- 5) Orientar uso de medicação
- 6) Fornecer preservativos
- 7) Orientar uso de preservativos
- 8) Orientar dietas
- 9) Orientar encaminhamentos para outros serviços
- 10) Orientar encaminhamentos para benefícios sociais
- 11) Orientar sobre direitos civis
- 12) Entregar os medicamentos
- 13) Outros
- 14) A pós-consulta não é realizada

**31.** Assinale o tempo médio de duração da consulta médica, em minutos, segundo a área profissional (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais freqüente no atendimento aos usuários)



**Preenchimento**

PROFISSIONAIS	Consulta Médica (tempo em minutos)		
	<15	15 a 30	> 30
1) Médico de família			
2) Clínico			
3) Pediatra			
4) Ginecologista/Obstetra			
5) Outras especialidades			

**III.4 Saúde da Mulher**

**32.** As ações planejadas voltadas à saúde da mulher são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Pré-natal
- 2) Coleta de papanicolau
- 3) Prevenção de DST/aids
- 4) Planejamento familiar
- 5) Atenção a situações de violência doméstica e sexual
- 6) Atendimento ginecológico
- 7) Prevenção de câncer de mama
- 8) Não realiza ações de saúde da mulher nesta unidade

**33.** O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é coletado pelos seguintes profissionais:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Médico
- 2) Enfermeiro
- 3) Técnico e/ou auxiliar de enfermagem
- 4) Não é coletado na Unidade

**34.** O exame de papanicolau (prevenção de câncer de colo de útero) é oferecido de acordo com os seguintes critérios:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Depende da demanda das pacientes
- 2) É oferecido para todas as mulheres
- 3) Uma vez ao ano, para todas as mulheres
- 4) Para mulheres com idade entre 25 e 59 anos
- 5) A cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais
- 6) Não é coletado na Unidade
- 7) Não atende Saúde da Mulher

**35.** A coleta de papanicolau (prevenção de câncer ou colo de útero) é oferecida:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Uma vez por semana
- 2) Duas a três vezes por semana
- 3) Todos os dias
- 4) Sempre que houver procura, com coleta no mesmo dia
- 5) Uma vez por mês
- 6) Não é feita na Unidade
- 7) Não atende Saúde da Mulher

**36.** O exame físico de mama é realizado:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Pelo médico ginecologista
- 2) Pela enfermeira
- 3) Pelo médico de Saúde da Família
- 4) Por todos os médicos da Unidade, durante o exame físico
- 5) Quando há queixas da paciente
- 6) Não é realizado na Unidade
- 7) Não atende Saúde da Mulher

**37.** A solicitação de mamografia é feita:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Anualmente, a partir dos 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos
- 2) Anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais
- 4) A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos
- 5) Conforme demanda da paciente
- 6) No caso de achados no exame físico
- 7) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 8) Esse exame não é solicitado
- 9) Não atende Saúde da Mulher

**38.** Diante do diagnóstico de gravidez, a inscrição no pré-natal é realizada:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Imediatamente, por profissional da enfermagem (enfermeira e/ou auxiliar)
- 2) Por agendamento para consulta médica
- 3) Por agendamento para consulta de enfermagem
- 4) Não é realizada, não atende pré-natal

**39.** A maior parte das gestantes que realiza o pré-natal inicia o acompanhamento no:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Primeiro trimestre
- 2) Segundo Trimestre
- 3) Terceiro Trimestre
- 4) A Unidade não dispõe dessas informações

5) A Unidade não realiza o pré-natal

**40.** Os exames solicitados de rotina para **TODAS** as gestantes são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Hemograma completo
- 2) Eritrograma (Hb e Ht)
- 3) Urocultura
- 4) Urina I
- 5) VDRL
- 6) FTA-Abs
- 7) Tipagem sanguínea
- 8) Sorologia para HIV
- 9) Sorologia para Rubéola
- 10) Sorologia para toxoplasmose
- 11) Sorologia para hepatite B
- 12) Glicemia
- 13) Curva glicêmica
- 14) Ferro sérico
- 15) Uréia
- 16) Creatinina
- 17) TGO, TGP
- 18) Ultra-Som obstétrico
- 19) Pesquisa de estreptococo Beta hemolítico (urocultura ou cultura cervical)
- 20) Papanicolau (colpocitologia oncológica)
- 21) Outros
- 22) Não são solicitados exames nesta Unidade
- 23) Não atende pré natal.

**41.** No caso de sorologia para sífilis e para aids durante o pré-natal, a Unidade:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Solicita uma única vez, tanto para sífilis como para aids
- 2) Solicita apenas uma sorologia de aids e duas para sífilis
- 3) Solicita apenas uma sorologia de sífilis e duas para aids
- 4) Solicita duas sorologias, tanto para sífilis como para aids
- 5) Solicita apenas uma dessas sorologias (ou para sífilis ou para aids)
- 6) Não solicita estas sorologias
- 7) Não atende pré natal

**42.** Nos casos de diagnóstico de sífilis na gestação, o tratamento é realizado:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro.
- 2) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) Não é realizado esse tipo de tratamento na Unidade
- 5) Não atende pré-natal

**43.** As seguintes atividades de educação em saúde são desenvolvidas regularmente com as gestantes:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Orientações na sala de espera
- 2) Palestras
- 3) Grupos de pré-natal
- 4) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 5) Outros
- 6) Não são realizadas atividades educativas regularmente
- 7) Não atende pré-natal

**44.** A consulta de revisão pós-parto imediata (1º ao 10º dia) é realizada:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) No hospital onde a mulher realizou o parto
- 2) Na Unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal
- 3) Na Unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar
- 4) Na unidade de saúde, encaminhada por meio de visita domiciliar
- 5) Em casa, por meio de consulta domiciliar realizada por médico ou enfermeira
- 6) Se a gestante quiser, por demanda espontânea
- 7) Não é realizada
- 8) Não atendemos pré-natal

**45.** A consulta de revisão do pós-parto tardia (até 42 dias após o nascimento) é pré-agendada:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) No pré-natal
- 2) Quando o bebê é matriculado
- 3) Na revisão pós-parto imediato
- 4) Nas visitas domiciliares
- 4) Não é pré-agendada
- 5) Não é realizada
- 6) Não atendemos pré-natal

**46.** Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa Unidade, nos **últimos três anos**, houve algum caso de sífilis congênita?

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar
- 4) Não realizamos pré-natal

### ***III.5 Saúde da criança***

**47.** As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam as seguintes condições:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Aleitamento

- 2) Puericultura
- 3) Desnutrição
- 4) Obesidade
- 5) Infecções respiratórias na infância (IRA)
- 6) Saúde do escolar
- 7) Violência doméstica
- 8) Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)
- 9) Outros
- 10) Não atende criança

**48. O primeiro atendimento** de um recém-nascido (RN) pela equipe da Atenção Básica é agendado:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Pela maternidade, na alta, pós parto
- 2) Pelo Banco de Leite
- 3) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 4) Na última consulta de pré-natal
- 5) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 6) Não é agendado, pois o atendimento é realizado durante visita domiciliar
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atendemos criança

**49. Para aplicação da vacina BCG, está previsto semanalmente:**

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Um dia
- 2) Dois dias
- 3) Três dias ou mais
- 4) É feita conforme a demanda
- 5) Essa vacina não é feita na Unidade

**50. O atendimento da criança é realizado por meio de:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Consulta médica
- 2) Consulta de enfermagem
- 3) Consulta com nutricionista
- 4) Consulta com psicólogo
- 5) Atendimento odontológico
- 6) Grupo com as mães e/ou pais
- 7) Outros
- 8) Não atendemos criança

**51. Nos atendimentos da criança até dois anos de idade é abordado:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Orientação sobre aleitamento materno
- 2) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, etc)
- 3) Avaliação de peso, comprimento ou altura
- 4) Avaliação do perímetro cefálico ( menor de um ano)

- 5) Vacinação
- 6) Desenvolvimento neuro psico motor
- 7) Cuidados de promoção da saúde da criança
- 8) Prevenção de acidentes
- 9) Identificação de alterações na saúde
- 10) Outros
- 11) Não atendemos criança

**52.** A Unidade participa regularmente, em **instituições para crianças** (creches e escolas e outras), com as seguintes atividades:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Educação em saúde geral
- 2) Vacinação
- 3) Educação em saúde bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Outras
- 6) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

**53.** As ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes abordam as seguintes necessidades de saúde:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Orientação sobre o desenvolvimento/mudanças na adolescência
- 2) Orientação sobre sexualidade, prevenção de DST/aids
- 3) Orientação sobre o uso de drogas
- 4) Orientação específica para casos de violência doméstica
- 5) Obesidade
- 6) Educação em saúde nas escolas
- 7) Outros
- 8) Não existem atividades específicas para adolescentes

### ***III. 6 Saúde do adulto***

**54.** As ações regularmente programadas para atenção aos adultos abordam as seguintes necessidades de saúde:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Diabetes
- 2) Hipertensão
- 3) Tabagismo
- 4) Obesidade
- 5) Outras condições crônicas não-transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, etc.)
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de mama/colo de útero
- 8) Alcoolismo
- 9) Tuberculose
- 10) Hanseníase
- 11) Violência doméstica

- 12) Saúde do trabalhador
- 13) Atividades físicas
- 14) DST/aids
- 15) Aconselhamento de DST e aids
- 16) Outros
- 17) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos
- 18) Não atendemos adultos

**55. O tempo médio** de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica para adultos é:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Menos de quinze dias
- 2) Entre um mês e quarenta e cinco dias
- 3) Entre dois e três meses
- 4) Entre três e seis meses
- 5) Mais de seis meses
- 6) As consultas não são agendadas

**56. O atendimento dos adultos é regularmente realizado por meio de:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Consulta médica
- 2) Consulta de enfermagem (com enfermeiro)
- 3) Atendimento de enfermagem (com auxiliar e/ou técnico)
- 4) Grupos
- 5) Consulta com nutricionista
- 6) Consulta com psicólogos
- 7) Consulta com assistente social
- 8) Atendimento odontológico
- 9) Outros
- 10) Não atendemos adulto

**57. Em relação ao cuidado de pessoas acamadas ou com limitações físicas que dificultem o acesso à unidade, são desenvolvidas as seguintes ações:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade
- 2) Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores
- 3) Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde
- 4) Visita domiciliar com equipe multiprofissional
- 5) Visita domiciliar com médico
- 6) Procedimentos domiciliares ( como troca de sonda vesical de demora, curativos, etc)
- 7) Não realizamos orientações para cuidado domiciliar
- 8) Não realizamos cuidados no domicílio

**58. Em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, a Unidade:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Faz o atendimento de rotina, mas não trabalha com protocolo específico
- 2) Faz orientação detalhada de dieta
- 3) Faz treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina
- 4) Solicita, anualmente, exames clínico-laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatinina)
- 5) Realiza ou encaminha para exame anual de fundo de olho
- 6) Realiza ou encaminha para eletrocardiograma anual
- 7) Faz controle de cuidados com os pés para os diabéticos
- 8) Orienta atividades físicas dirigidas especialmente para esse grupo de pacientes
- 9) Fornece o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados
- 10) A Unidade não atende pacientes diabéticos
- 11) A Unidade não atende paciente hipertensos

**59.** Em relação aos medicamentos, pode-se afirmar que:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) A lista de medicamentos disponíveis contempla a maior parte das necessidades dos pacientes
- 2) Os medicamentos essenciais não costumam faltar
- 3) A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado (Dose Certa)
- 4) Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- 5) Não costuma ocorrer falta de insulina
- 6) É freqüente a falta de medicamentos para o controle de hipertensão
- 7) É freqüente a falta de medicamentos para o controle de diabetes
- 8) É freqüente a falta dos antibióticos mais utilizados
- 9) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

**60.** As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam as seguintes necessidades de saúde:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Adaptação ao processo de envelhecimento (aposentadoria, entre outros)
- 2) Climatério
- 3) Sexualidade
- 4) Apoio a idosos de instituições asilares
- 5) Violência doméstica
- 6) Orientações sobre os direitos dos idosos
- 7) Outros
- 8) Apoio a idosos em situação de abandono
- 9) Não existem atividades específicas para idosos
- 10) Não atende adultos

**61.** O diagnóstico e a orientação para casos de alcoolismo são realizados:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Não avaliamos esses casos porque a equipe não teve capacitação técnica
- 2) Na própria Unidade, com seguimento dos casos



- 3) A avaliação inicial é feita na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar
- 4) Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados
- 5) Não temos clientes com esse tipo de problema

**62.** O diagnóstico e a orientação para mulheres em situação de violência são realizados:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Não avaliamos esses casos porque a equipe não tem capacidade técnica
- 2) Na própria Unidade, com encaminhamento e seguimento dos casos
- 3) O atendimento inicial é feito na própria Unidade, mas não temos para onde encaminhar
- 4) Após uma avaliação inicial, os casos são encaminhados
- 5) Não temos clientes com esse tipo de problema
- 6) Não atendemos adultos

**63.** Diante de um caso sugestivo de doença sexualmente transmissível (DST) a Unidade:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Encaminha os pacientes, tanto homens como mulheres
- 2) Se for mulher, investiga e trata, se for homem encaminha
- 3) Investiga e trata após confirmação do diagnóstico
- 4) Faz tratamento sintomático
- 5) Faz orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha (preservativo)
- 6) Faz orientação e aconselhamento para testagem sorológica
- 7) A Unidade não recebe esse tipo de demanda
- 8) Não atende adultos

**64.** Na rotina, a dispensação de preservativos:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) É feita para a população em geral, conforme demanda
- 2) Tem um padrão de cota mensal (número de camisinhas) igual para todos os pacientes
- 3) É feita para grupos de exposição diferenciada (como profissionais do sexo por exemplo) com cotas maiores do que para população em geral
- 4) Inclui a oferta de preservativos femininos
- 5) A dispensação inicial de preservativos sempre é procedida de orientação sobre o uso e sobre DST/aids
- 6) Não distribuímos preservativos nesta Unidade
- 7) Não atendemos adultos

**65.** Métodos contraceptivos disponíveis na Unidade com regularidade nos últimos 6 meses:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)

- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Diafragma
- 7) Pilula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

### **III.7 Saúde Bucal**

**66.** No atendimento odontológico, a assistência é realizada:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Conforme demanda do paciente, em qualquer idade
- 2) Para gestantes
- 3) Para bebês
- 4) Para todas as crianças com até 6 anos
- 5) Para crianças em idade escolar
- 6) Para Idosos (> 60 anos)
- 7) Pronto Atendimento para queixas agudas
- 8) Outros
- 9) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

**67.** As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Atendimento Clínico individual
- 2) Atividades de educação em saúde bucal dentro da Unidade
- 3) Atividades de educação em saúde bucal em escolas
- 4) Atividades de educação em saúde bucal em creches
- 5) Outras atividades de educação em saúde bucal fora da Unidade
- 6) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

### **IV. Perfil de atividades**

**68.** São atividades de rotina realizada pelo auxiliar/técnico de enfermagem (em diferentes momentos do trabalho):

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Agendamento de exames e consultas
- 2) Verificação de sinais vitais - peso, altura, temperatura, pressão arterial
- 3) Verificação de queixas agudas que exijam providências
- 4) Conferência do prontuário e do motivo do atendimento-resultados de exames, etc
- 5) Orientação sobre o uso de preservativos
- 6) Distribuição de preservativos
- 7) Orientação para coleta de exames
- 8) Orientação sobre o uso da medicação
- 9) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento

- 10) Orientações nutricionais e dietéticas
- 11) Grupos sobre outros temas específicos
- 12) Orientação sobre encaminhamentos para especialistas
- 13) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- 14) Orientação em relação aos procedimentos de vacinação
- 15) Visita domiciliar
- 16) Convocação de faltosos
- 17) Aplicação de vacina
- 18) Realização de curativos e aplicações de medicamentos
- 19) Coleta de papanicolau
- 20) Orientação para o auto-exame de mamas
- 21) Outros
- 22) Esse serviço não dispõe desse profissional

**69.** São atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário de saúde (em diferentes momentos do trabalho):

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência
- 2) Atividades de educação em saúde
- 3) Visita domiciliar
- 4) Captação ativa para o pré-natal
- 5) Captação ativa de crianças menores de um ano
- 6) Captação ativa para vacinação
- 7) Captação ativa de hipertensos e diabéticos
- 8) Captação ativa para a prevenção de câncer ginecológico
- 9) Captação ativa de usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase
- 10) Captação ativa de idosos acamados
- 11) Outros
- 12) Esse serviço não dispõe desse profissional

**70.** As **atividades** realizadas pelo enfermeiro (em diferentes momentos do trabalho)

são: **Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Recepção e acolhimento de casos novos
- 2) Acolhimento de casos extras
- 3) Consulta de enfermagem
- 4) Atendimento aos casos de exposição ocupacional
- 5) Realização de grupos sobre temas específicos
- 6) Notificação epidemiológica
- 7) Supervisão da equipe de enfermagem
- 8) Visita domiciliar
- 9) Avaliação dos faltosos em consulta
- 10) Atividades administrativas
- 11) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 12) Realiza supervisão da equipe de agentes comunitários
- 13) Aplicação de tratamentos (medicamentos, curativos ou outros)
- 14) Outros
- 15) Esse serviço não dispõe desse profissional

**71. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro:**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Orienta sobre o uso correto de medicação
- 2) Discute sobre a adesão
- 3) Orienta sobre formas de transmissão e cuidados domésticos (biossegurança)
- 4) Orienta sobre o uso de preservativos
- 5) Orienta sobre métodos de contracepção
- 6) Atende DSTs
- 7) Orienta sobre formas nutricionais e dietéticas
- 8) Realiza palpação de mamas
- 9) Faz coleta de citologia oncótica
- 10) Encaminha para equipe de apoio, se necessário
- 11) Orienta sobre autocuidado
- 12) Orienta sobre cuidados domiciliares para crianças e idosos
- 13) Outros
- 14) O enfermeiro não realiza consulta de enfermagem
- 15) Esse serviço não dispõe desse profissional

**72. Atividades realizadas pelo assistente social (em diferentes momentos do trabalho):**

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Recepção e acolhimento
- 2) Atendimento e suporte familiar
- 3) Discussão e orientação sobre questões trabalhistas
- 4) Orientações sobre direitos civis e previdenciários, e encaminhamentos
- 5) Encaminhamentos para benefícios sociais (cesta básica, vale-transporte, etc)
- 6) Grupos sobre outros temas específicos
- 7) Controle de faltosos e/ou busca ativa
- 8) Atividades de reinserção social
- 9) Visita domiciliar
- 10) Participação no Conselho da Unidade de Saúde
- 11) Atividades de Educação em Saúde
- 12) Encaminha usuários para outros serviços
- 13) Apoio a situações de violência doméstica
- 14) Participação em fóruns comunitários para constituição de redes de apoio
- 15) Outros
- 16) Esse serviço não dispõe desse profissional

#### ***V. Características do Processo Gerencial***

**73. A gerência local da Unidade é exercida por:**

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Assistente Social
- 4) Psicólogo
- 5) Nutricionista

- 6) Outro Profissional
- 7) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 8) Essa Unidade não tem gerente

74. A carga horária do gerente é:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) 40 horas semanais
- 2) 30 horas semanais
- 3) 20 horas semanais
- 4) Outra
- 5) Essa Unidade não tem gerente

75. O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Reuniões periódicas
- 2) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 3) Não existem reuniões entre as Unidades locais e o nível central

76. Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem conforme necessidade do serviço
- 6) Não ocorreram reuniões

77. Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Informes
- 2) Rotinas da Unidade
- 3) Escala de pessoal
- 4) Organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações
- 5) Atualizações técnicas
- 6) Conflitos interpessoais
- 7) Outros
- 8) Não ocorreram reuniões

78. Os profissionais capacitados (treinamentos, congressos, cursos, etc) no último ano foram:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Médicos
- 2) Enfermeiros
- 3) Assistentes Sociais
- 4) Auxiliares de Enfermagem
- 5) Agentes Comunitários

- 6) Pessoal Administrativo
- 7) Outros profissionais
- 8) Nenhuma Categoria

**79.** No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Para reprogramação das atividades
- 2) Para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde
- 3) Para prestação de contas
- 4) Para atender às demandas do Conselho de Saúde (local e/ou Municipal)
- 5) Para atender necessidades de pesquisa de outras instituições
- 6) De modo centralizado, pela Secretaria Municipal de Saúde
- 7) Não foi realizada avaliação

**80.** Os principais temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da Unidade, no último ano foram:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) O conselho atual não se reúne
- 2) Problemas relativos ao atendimento
- 3) Planejamento de atividades educativas na comunidade
- 4) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
- 5) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- 6) A Conferência Municipal de Saúde
- 7) Preocupações mais pessoais dos conselheiros
- 8) Não aconteceram reuniões no último ano
- 9) Não existe conselho local de saúde na Unidade

**81.** As reclamações de pacientes podem ser encaminhadas por meio de:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 4) Diretamente à direção local da Unidade
- 5) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho local)
- 6) Conselho Municipal de Saúde
- 7) Outros
- 8) Não há canais formais de reclamação

**82.** Os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde nessa unidade são:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Não-cumprimento do horário médico
- 3) Falta de capacitação da equipe de enfermagem
- 4) Falta de compromisso dos profissionais médicos
- 5) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
- 6) Falta de realização de um trabalho em equipe

- 7) Necessidade de informatizar o registro de dados
- 8) Falta de medicamentos
- 9) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura
- 10) Falta de mobilização da comunidade
- 11) Excesso de demanda
- 12) Inadequação da postura dos usuários
- 13) A má remuneração dos profissionais
- 14) Falta de recursos humanos
- 15) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
- 16) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 17) Outros
- 18) Não existem obstáculos importantes

**83.** Pode-se afirmar que o perfil predominante dos profissionais desse serviço é:

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Profissionais com boa qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários.
- 2) Profissionais com boa qualidade técnica e dificuldades de acolhimento e comunicação com os usuários
- 3) Profissionais com pouca qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários
- 4) Profissionais de baixa qualidade técnica e baixa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários
- 5) Não há predominância de um desses perfis

**84.** Em relação ao trabalho na Unidade, pode-se dizer que a maioria dos profissionais:

**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Esta satisfeita com as atividades desempenhadas
- 2) Propõe, em conjunto, projetos de mudanças
- 3) Está desmotivada com o trabalho desempenhado
- 4) Costuma faltar ao trabalho devido a problemas relacionados a doenças
- 5) É aderente ao projeto de saúde do SUS
- 6) A equipe como um todo trabalha entrosada, buscando a interdisciplinaridade
- 7) Parte da equipe busca o trabalho interdisciplinar
- 8) Não existe o trabalho interdisciplinar por falta de tempo e de funcionários

**85.** Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is):

**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Somente pelo Gerente da Unidade
- 2) Pelo Gerente e pelos médicos
- 3) Pela equipe toda de profissionais
- 4) Auxiliar ou Técnico de Enfermagem
- 5) Pelo Secretário (a) Municipal de Saúde
- 6) Somente por Agentes Comunitários
- 7) Outros

## **ANEXO 2: ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS**

-Apresentação da pesquisadora

-Apresentação dos objetivos do projeto e da entrevista

-Explicações acerca do funcionamento da entrevista

-Solicitação de permissão para a gravação das falas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

1-Descreva como foi a experiência de participar desse processo avaliativo.

2-Com base nos resultados do Quali-AB, quais seriam os pontos frágeis e fortes na AB da sua unidade e de seu município?

3-Houve alguma mudança resultante desse processo de avaliação? Qual ?

4-Você concorda com os resultados encontrados? Era o que você esperava?

5-Teria alguma sugestão em relação ao processo de avaliação da AB?



**ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO****Projeto: Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo modelo de atenção**

Prezado (a) Senhor (a),

A Atenção Básica (AB) é considerada pilar de estruturação do sistema de saúde sendo importante a proposição de estratégias para a sua reorganização, bem como a avaliação da sua qualidade. Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP) promoveu, por meio do apoio dos Articuladores de Atenção Básica, a avaliação dos serviços de Atenção Básica em todo o estado em 2010 mediante a utilização do instrumento Quali AB. Este projeto tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo o modelo de atenção e verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo avaliativo. A pesquisa, coordenada pela mestrandia Amélia Keiko Samoto do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista (DRS XIV), visa fornecer aos gestores subsídios para o planejamento das intervenções em saúde, institucionalização da avaliação e em última instância, a melhoria da qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde. Para tal, estão sendo realizadas nos municípios dessa região entrevistas com profissionais de saúde de nível superior que tenham efetivamente participado do processo avaliativo com o instrumento Quali AB em 2010. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento da entrevista sem que isto acarrete algum tipo de represália. Garantimos que as informações fornecidas, assim como sua identificação, serão mantidas em sigilo. Ficam assegurados ao senhor (a) os seguintes direitos: não participar do estudo, interromper a participação em qualquer fase dos procedimentos no momento que julgar necessário e o de conhecer os resultados obtidos nesta pesquisa. Sendo assim, convidamos o senhor(a) a participar deste projeto e solicitamos seu consentimento.

Agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

**Amélia Keiko Samoto**  
**Coordenadora do Projeto**

DRS XIV-São João da Boa Vista  
R. Teófilo Ribeiro de Andrade, 869-São João da Boa Vista-SP

Declaro que tomei ciência das informações acima explicitadas e concordo em participar da pesquisa.

Dados do Interlocutor

Nome: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Assinatura:

Esclarecemos que estamos à disposição para tirar dúvidas quanto ao estudo pelo telefone: (019) 8112-2352 ou e-mail [amelia.samoto@gmail.com](mailto:amelia.samoto@gmail.com)

Seguem também, os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para dúvidas e/ou denúncias quanto a questões éticas:

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar      **Município São Paulo**      **UF:** SP

**Bairro:** CENTRO      **CEP:** 01.223-010

**Telefone:** (11)3397-2464      **E-mail:** smscep@gmail.com

**ANEXO 4:** Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo modelo de atenção

**Pesquisador:** AMÉLIA KEIKO SAMOTO

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 05696812.2.0000.0086

**Instituição Proponente:** São Paulo Secretaria de Saúde ((Instituto de Saúde))

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 167.275

**Data da Relatoria:** 28/01/2013

#### **Apresentação do Projeto:**

A abordagem da Atenção Básica em seu sentido restrito de nível de assistência ou como um meio de ofertar serviços a populações marginalizadas, vem sendo substituída pela concepção de pilar de estruturação do sistema de saúde, com ampla disseminação desse conceito, bem como dos seus atributos e funções em âmbito internacional. Esse contexto favorece a proposição de estratégias para a reorganização da AB e a avaliação dos resultados obtidos (MENDES, 2002).

Os atributos essenciais e as funções dos serviços de Atenção Básica definidos por STARFIELD (2002) são ratificados pela Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2011). Desse modo, espera-se que a AB seja capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e que a partir dela, possam ser vislumbrados e garantidos os princípios do SUS.

No presente estudo, será avaliada a qualidade dos serviços de Atenção Básica da Região de Saúde do Rio Pardo segundo o modelo de atenção, ou seja, unidades que se caracterizam como sendo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outras unidades básicas organizadas das mais diferentes formas.

Acreditando-se na importância da inclusão da dimensão subjetiva nas pesquisas avaliativas, neste estudo serão empregadas as abordagens quantitativa e qualitativa.

No tocante à abordagem quantitativa, o presente estudo utilizará um banco de dados secundários proveniente da compilação de resultados de um estudo transversal utilizando o questionário Quali AB aplicado em 2010. Para sua análise, propõe-se a utilização da abordagem sistêmica de DONABEDIAN (1988) sistematizada em estrutura, processo e resultados. Entretanto, este estudo

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

terá enfoque sobre as dimensões estrutura e processo, tendo em vista o caráter das questões contempladas no questionário Quali AB.

Serão considerados os critérios e padrões de qualidade utilizados para a avaliação com o instrumento Quali AB 2010, que expressam os valores presentes nos princípios éticos e organizacionais do SUS, na Política Nacional de Atenção Básica e em normas técnicas de cuidado individual e coletivo baseadas em evidências, podendo ser sintetizados em: organização geral da assistência facilitadora do acesso; oferta de ações de prevenção primária e secundária; acesso à atenção integral à saúde; cumprimento de protocolos assistenciais padronizados; valorização do trabalho em equipe; gerenciamento técnico do trabalho; relação organizada com a comunidade e disponibilidade de insumos cruciais para a AB (CASTANHEIRA et al., 2011).

A abordagem qualitativa enfocará a percepção dos profissionais de saúde acerca dos resultados obtidos na avaliação utilizando o instrumento Quali AB, bem como reflexões sobre o processo avaliativo e a capacidade de induzir e subsidiar mudanças. Será utilizada a técnica de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais envolvidos no processo avaliativo em 2010, no intuito de produzir um conhecimento mais aprofundado acerca da percepção sobre o tema avaliação.

A RS do Rio Pardo é composta pelos seguintes municípios: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma e Tapiratiba, totalizando uma população de 208.625 habitantes.

#### COLETA DOS DADOS

Após a adesão dos gestores de sete dos oito municípios pertencentes à RS Rio Pardo ao questionário Quali AB 2010 mediante a aceitação do Termo de Consentimento Informado, foi disponibilizado às unidades básicas de saúde, independentemente de seu modelo organizacional, um questionário on line constituído de 85 questões de múltipla escolha, auto-respondido pelo gerente e equipe da unidade. As unidades de saúde participantes encontram-se distribuídas conforme o CNES e conforme observação da realidade local totalizando 37 unidades.

Para o preenchimento on line do questionário, a SES/SP disponibilizou alguns computadores para municípios participantes do programa de avaliação, respeitando os critérios de baixo IDH e cujo gestor municipal se responsabilizasse em garantir acesso à internet no local. Foi garantido às equipes que aderiram ao programa de avaliação e também aos secretários municipais de saúde (SMS) o sigilo das respostas, com os resultados das unidades podendo apenas ser acessados por elas e pelo respectivo SMS.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

O questionário é composto por questões descritivas, que caracterizam o serviço, e as pontuadas, que classificam a qualidade das atividades ofertadas, cujos valores variam em 0, 1 e 2, em que o padrão ouro é representado pelo valor 2. A média das questões pontuadas conferiu à unidade uma qualificação correspondente a uma proporção do valor máximo.

No final de 2010, após o encerramento do prazo para o preenchimento do questionário, foi planejada a devolutiva dos resultados alcançados no Quali AB 2010 para as equipes das unidades de saúde participantes, com ampla discussão das razões que levaram à nota final e se esta era condizente com a realidade vivida.

A partir daí, foi construída de modo ascendente e participativo, uma planilha com ações a serem implantadas nas unidades de saúde no intuito de promover a melhoria da qualidade dos serviços. Foi sugerido às unidades que compartilhassem esse momento com seus respectivos gestores municipais a fim de garantir maior robustez e viabilidade ao planejamento.

As repercussões do processo avaliativo executado em 2010 sobre o planejamento das ações de saúde, a capacidade de induzir a organização de tais ações e a percepção dos profissionais das unidades básicas de saúde sobre os resultados decorrentes da avaliação serão coletadas através de entrevistas semiestruturadas.

Serão convidados quatro profissionais de nível superior integrantes das unidades básicas de saúde auto avaliadas da RS Rio Pardo em 2010, que participaram efetivamente do preenchimento e discussão do questionário Quali AB, denominados informantes chave, sendo dois médicos e dois enfermeiros, atuantes na ESF e em outras unidades básicas não ESF. As entrevistas serão previamente agendadas, em data e horário escolhidos pelos participantes, assim como o local de realização.

Para as entrevistas do presente estudo, um roteiro de tópicos relacionados às questões e objetivos do projeto encontra-se no Anexo 3. As falas serão gravadas para posterior transcrição e minucioso estudo. Para auxiliar na fase subsequente de análise dos dados, será criado um diário de campo, com anotações de acontecimentos pertinentes desde o planejamento para a execução das entrevistas, imprevistos, dificuldades, facilidades, impressões sobre a atividade, ambiente físico para a realização das mesmas, entre outros.

## PLANO DE ANÁLISE

O questionário Quali AB encontra-se dividido em blocos, considerando, segundo CASTANHEIRA et al. (2011): 1. identificação e características gerais dos serviços; 2. registro de dados e informações em saúde; 3. organização da atenção à saúde; 4. perfil de atividades da equipe multiprofissional; 5. características do processo gerencial.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com

Inicialmente, foram selecionadas questões para representar Estrutura e Processo, Para as questões não pontuadas, serão definidos critérios para a avaliação da qualidade, levando-se em consideração o conteúdo das questões escolhidas do questionário Quali AB e as recomendações do MS. A partir das questões selecionadas serão construídos escores relativos à Estrutura e Processo. Pretende-se obter um escore que em sua menor pontuação indique um nível de qualidade insatisfatório, ao passo que a maior pontuação significará a qualidade esperada segundo os padrões estabelecidos. Tendo em vista o grande número de questões que refletem cada uma das dimensões, pretende-se criar para a dimensão Estrutura escores para as subdimensões estrutura física, recursos humanos e equipamentos e insumos. Para a dimensão Processo, as questões serão subdivididas em relação à organização da atenção à saúde, trabalho em equipe e características do processo gerencial.

Assim, espera-se que cada unidade de saúde tenha identificadas as fragilidades nas subdimensões dentro de Estrutura e Processo, possibilitando o desencadeamento de mudanças. Ao final, também será possível observar a qualidade de cada unidade de saúde como um todo, do conjunto de unidades básicas de cada município e para a totalidade da RS Rio Pardo.

Para as comparações entre esses grupos serão utilizados testes de diferenças de médias, adotando-se o nível de significância de 5%.

Os dados resultantes das entrevistas serão analisados por meio da análise temática de MINAYO (2010), após a leitura e releitura do material obtido com as entrevistas. Para a apresentação dos resultados, serão constituídas categorias com as temáticas surgidas nas falas dos entrevistados.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo segundo modelo de atenção.

OBJETIVO GERAL - Avaliar a qualidade dos serviços de Atenção Básica na Região de Saúde do Rio Pardo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Comparar indicadores de estrutura e processo segundo o modelo de atenção: Estratégia Saúde da Família com UBS de diferentes tipos organizacionais.
2. Verificar a percepção dos profissionais de saúde sobre processos avaliativos, a possibilidade de mudanças no planejamento e reorganização das ações de saúde e os resultados obtidos com a aplicação do Quali AB.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo apresenta risco de desconforto devidamente justificado no corpo do estudo.

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**CEP:** 01.223-010

**Telefone:** (11)3397-2464

**E-mail:** smscep@gmail.com

O presente projeto propõe como contribuições: o aprofundamento na análise das informações obtidas pela aplicação do questionário Quali AB na RS Rio Pardo, para que as unidades de saúde possam identificar suas fragilidades e potencialidades dentro das dimensões Estrutura e Processo e suas subdimensões, identificando situações passíveis de mudanças que estejam sob sua governabilidade e as que dependem, por exemplo, de gestores municipais de saúde; a identificação de possíveis diferenças no tocante à avaliação de Estrutura e Processo segundo o modelo de atenção (ESF ou UBS com diferentes tipos organizacionais). Também pretende-se subsidiar o planejamento de novas formas de organização, possibilitar o redirecionamento das práticas profissionais, auxiliar nos processos de tomada de decisão,

respeitando-se as especificidades das realidades locais e regionais, almejando uma melhoria da qualidade dos serviços prestados à comunidade e, em última instância, o efetivo cumprimento dos princípios norteadores da Atenção Básica e do SUS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada. Foram devidamente informadas as instituições proponente e coparticipante. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

O cronograma foi atualizado e considerado adequado. O pesquisador informa que o estudo só terá início após parecer de aprovação deste CEP/SMS.

Orçamento detalhado foi apresentado e informa a fonte financiadora.

A metodologia é adequada aos objetivos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - foi considerado adequado após retificação.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

-

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com



autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 10 de Dezembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**SIMONE MONGELLI DE FANTINI**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua General Jardim, 36 - 1º andar

**Bairro:** CENTRO

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3397-2464

**CEP:** 01.223-010

**E-mail:** smscep@gmail.com