Marta Campagnoni Andrade

**Avaliação da organização assistencial de unidades básicas de
saúde no Estado de São Paulo: uma análise a partir dos
resultados e aplicação do QualiAB 2010**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo
2017

Marta Campagnoni Andrade

**Avaliação da organização assistencial de unidades básicas de
saúde no Estado de São Paulo: uma análise a partir dos
resultados e aplicação do QualiAB 2010**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Maria Ines Battistella Nemes

São Paulo
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Andrade, Marta Campagnoni

Avaliação da organização assistencial de unidades básicas de saúde do Estado de São Paulo: uma análise a partir dos resultados e aplicação do QualiAB 2010 / Marta Campagnoni Andrade -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Maria Ines Baptistella Nemes.

Descritores: 1.Atenção primária à saúde 2.Centros de saúde 3.Avaliação de serviços de saúde 4.Serviços de saúde 5.Avaliação de processos (cuidados de saúde) 6.Pesquisa sobre serviços de saúde 7.São Paulo)

USP/FM/DBD-227/17

Normas

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A.L. Fredi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valeria Vilhena. 3ª edição. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviatura dos títulos de periódicos de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Agradecimentos

Aos profissionais da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em especial da Atenção Básica e do programa “Articuladores da Atenção Básica” pelo empenho, dedicação e compromisso compartilhados.

As professoras, professores e colegas da pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, onde mais que aprofundar os conhecimentos sobre saúde pública tive oportunidade de fazer grandes e novas amizades.

As professoras, professores, amigas e amigos do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, referências nas minhas escolhas e vida profissional.

Em especial à equipe de pesquisa do *Qualiaids* e *QualiRede* pela solidariedade e retidão que marcam “um jeito” de trabalhar. Sou muito grata à todas e todos vocês.

À querida Maria Ines, pela orientação e aprendizagem conduzidas em discussões calorosas e empolgantes. Uma vez professora, sempre professora...

À minha pequena e querida família.

“...A possibilidade...é a de se pensar uma aliança mais definida e apropriável, pelos pesquisadores e pelos profissionais dos serviços, entre os "projetos de ação " (tal como denomino o saber prático que preside a intervenção)... Uma tal articulação demandará operações sintetizadoras das várias mediações que conhecemos e operamos em tempos díspares e por conteúdos analiticamente separados, quando buscamos interagir a ciência com o trabalho, os conhecimentos técnicos com a prática ou a formulação genérica da abstração com a situação particular e específica a ser experimentada. ”

Líli Blima Schraiber

Prefácio do livro “Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas” organizado por Zulmira Hartz, 1997 .

“Tentamos sempre lembrar, que a avaliação, mesmo a “melhor avaliação do mundo” consegue apenas espelhar o trabalho. O trabalho é vivo, humano. Os avaliadores só podemos oferecer um espelho, o menos “míope” possível, para ajudar os trabalhadores de saúde a “olharem” seu trabalho”.

Grupo de pesquisa *Qualiaids*,
Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP.

*Capítulo sobre a avaliação Qualiaids no livro “Práticas de Avaliação no Brasil-diálogos”,
organizado por Marko Akerman e Juarez Furtado, 2016*

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CS	Capacidade Satisfatória
CI	Capacidade Insuficiente
CIR	Comissão Intergestores Regional
CR	Capacidade de Resposta
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
NHS	National Health Service
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
QualiAB	Avaliação de serviços de Atenção Básica
QualiRedeHIV	Avaliação de serviços de DST/HIV
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Quadro 1	Definições da APS, organizadas em documento da Organização Pan-americana de Saúde de 2007	8
Quadro 2	Síntese do modelo teórico da avaliação da capacidade organizacional de resposta da atenção primária à saúde, segundo número de indicadores, por domínio e subdomínio.....	32
Quadro 3	Composição do subdomínio Disponibilidade de medicamentos e insumos, do domínio Disponibilidade de recursos	34
Quadro 4	Composição do subdomínio Uso adequado de protocolos, do domínio Operação direta da assistência	37
Quadro 5	Tipos de arranjos organizativos definidos com base na composição da equipe profissional	40
Gráfico 1	Distribuição dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo a média dos subdomínios na Capacidade de resposta em APS, QualiAB, 2010	54
Gráfico 2	Grupo de Capacidade de resposta, das médias dos subdomínios distribuídos nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI).....	59
Gráfico 3	Capacidade de resposta, segundo Disponibilidade de recursos nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI).....	60
Gráfico 4	Capacidade de resposta, segundo Operação direta da assistência nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI).....	60
Gráfico 5	Capacidade de resposta, segundo Gerenciamento técnico do trabalho nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI).....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número e porcentagem de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010, segundo porte populacional do município de localização. N=2735	45
Tabela 2	Número e porcentagem de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo estrutura física relatada pelos que responderam o QualiAB 2010. N=2735	46
Tabela 3	Número de procedimentos médicos e de enfermagem, relatado pelos serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010. N=2735	47
Tabela 4	Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010, segundo relato referente a pelo menos 1 profissional de cada categoria na composição da equipe. N=2735.....	48
Tabela 5	Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, segundo proporção de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas realizadas no último mês, que responderam ao QualiAB 2010. N=2422	49
Tabela 6	Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010, quanto ao relato de convocações de faltosos. N=2735	50
Tabela 7	Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, segundo relato das atividades de promoção à saúde realizadas, que responderam o QualiAB 2010. N=2735...	51
Tabela 8	Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, segundo o relato do uso de protocolos, que responderam ao QualiAB 2010. N=2735	52
Tabela 9	Número de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo o relato de atividades relativas à Planejamento, avaliação e registro de informações, que responderam ao Quali AB 2010. N=2735.....	53
Tabela 10	Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na Capacidade de resposta da APS: comparação entre domínios e subdomínios e distribuição dos serviços segundo média de desempenho, 2010. N = 2735.....	55

Tabela 11	Comparação entre os diferentes domínios que compõe a Capacidade de resposta da atenção primária à saúde, por meio das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn. QualiAB 2010. N=2735	56
Tabela 12	Correlações entre a Capacidade de resposta e os domínios que a compõem. QualiAB 2010. N=2735.....	56
Tabela 13	Correlações entre o domínio Disponibilidade de recursos e os subdomínios que o compõem. QualiAB 2010. N=2735.....	57
Tabela 14	Correlações entre o domínio Operação direta da assistência e os subdomínios que o compõe. QualiAB 2010. N=2735.....	57
Tabela 15	Correlações entre o domínio Gerenciamento técnico do trabalho e os subdomínios que o compõe. QualiAB 2010. N=2735	58
Tabela16	Distribuição dos arranjos organizativos nos indicadores da Capacidade de resposta por domínios e subdomínios dos serviços, segundo média de desempenho. QualiAB 2010 (N=2735)	62
Tabela17	Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de Capacidade Satisfatório de resposta (CS) de serviços de atenção primária à saúde que responderam ao Questionário QualiAB 2010. N=2735	64
Tabela18	Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de Capacidade Satisfatória de resposta (CS) de serviços de atenção primária à saúde com menos de 100 mil habitantes que responderam ao Questionário QualiAB 2010. N=2735	66

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO	1
PARTE I	4
1. INTRODUÇÃO	4
1.1 Atenção Primária em Saúde	4
1.2 A marca da Atenção Primária no Estado de São Paulo	14
1.3 Avaliação da atenção básica no Brasil	18
2. OBJETIVOS	27
2.1. Geral	27
2. 2. Específicos	27
3. MÉTODOS	28
3.1. Quadro Avaliativo	29
3.2 A construção das variáveis independentes	39
3.3 Os testes estáticos	43
PARTE II	45
4. RESULTADOS	45
4.1 Respostas dos serviços	45
4.2 Capacidade de resposta	54
4.3. Agrupamento de serviços segundo Capacidade de resposta	58
PARTE III	68
5. DISCUSSÃO	68
6. CONCLUSÕES	73
7. ANEXOS	74
ANEXO1 - Questionário QualiAB	74
ANEXO 2 - Tabelas	97
ANEXO 3 - Gráficos	106
ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado	109
8. REFERÊNCIAS	111

RESUMO

Andrade, MC. *Avaliação da organização de Unidades Básicas de Saúde no interior do Estado de São Paulo em 2010*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

O movimento de reafirmação da importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nas primeiras décadas deste século ressaltou a necessidade de qualificação dos serviços deste nível de atenção, impulsionando iniciativas de avaliação e monitoramento. No Brasil, correspondeu à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). No Estado de São Paulo, implantou-se a ESF em uma rede de APS já organizada segundo Programas de saúde. A convivência entre esses dois modos de organizar e operar os serviços gerou grande diversidade de estruturação assistencial da APS. O objetivo desse estudo foi avaliar a capacidade de resposta de serviços do interior do Estado de São Paulo, a necessidades de saúde classicamente reconhecidas como próprias da APS. Os dados utilizados são provenientes do banco de respostas de 2.735 serviços ao questionário *QualiAB – Avaliação da Qualidade e Monitoramento da Atenção Básica*, composto por 85 questões de múltipla escolha. O quadro avaliativo *Capacidade de resposta* em APS resultou de determinadas questões do *QualiAB*, organizadas em 3 domínios: *Disponibilidade de recursos* (4 subdomínios: 59 indicadores), *Operação direta da assistência* (4 subdomínios: 50) e *Gerenciamento Trabalho* (3 subdomínios: 25), cujo total resultou em 122 indicadores. *Toda resposta positiva correspondeu ao valor 1*. A média geral obtida foi 56,6%. Pelos testes de Friedman e Dunn, o domínio *Disponibilidade de recursos* teve maior contribuição no desempenho, seguido dos domínios *Gerenciamento técnico do trabalho* e *Operação direta da assistência*. Os três domínios mostraram correlação positiva (teste de Spearman). As k-médias dos subdomínios constituíram dois grupos de desempenho: *Capacidade Satisfatória de resposta* (CS), com 39% (1065) dos serviços estudados e o grupo *Capacidade Insuficiente* (CI), com 61% (1658). Para analisar a distribuição dos serviços nos grupos utilizou-se modelo de regressão logística que considerou como variáveis possivelmente associadas: população e índice de desenvolvimento humano (IDH) do município de localização do serviço, número de consultas do serviço, apoio técnico da gestão estadual, apoio financeiro da gestão estadual e arranjo organizativo, este último a partir daquelas formas de estruturação assistencial dos serviços. Os resultados mostraram que serviços de arranjo organizativo do tipo Mix Centro de Saúde - ESF, que realizam 800 ou mais consultas mensais, localizados em municípios com mais de 100 mil habitantes, que receberam apoio técnico adicional do Estado e de maior IDH mostraram maior chance de pertencer ao grupo de Capacidade Satisfatória de resposta. O apoio financeiro adicional do Estado não mostrou associação. Quando estas variáveis foram ajustadas apenas para serviços localizados em municípios com menos de 100 mil habitantes, o apoio financeiro contínuo desde 2000 mostrou associação, enquanto o IDH não mais se mostrou associado. Diante disto, conclui-se que a capacidade de resposta obtida foi baixa, comprometendo o papel esperado da APS. Arranjos organizativos que mesclam distintos modos de organizar e operar os serviços podem ser mais promissores. Medidas que busquem mitigar as desigualdades devem ser reafirmadas como políticas públicas, especialmente no caso de municípios de menor porte populacional.

Descritores: Avaliação da APS. Avaliação Atenção Básica. Avaliação de Serviços, Serviços Saúde, Avaliação de processos, Pesquisa sobre serviços de saúde.

ABSTRACT

Andrade MC. *Evaluation of the care organization of Primary Health Services on the State of São Paulo: an analysis based on the results and application of the QualiAB questionnaire* in 2010. [thesis]: Medical School, Universidade de São Paulo; 2017.

The movement to reaffirm the importance of Primary Health Care (PHC) in the first decades of this century highlighted the need for qualification in the services of this level of care, fostering assessment and monitoring initiatives. In Brazil, this has corresponded to the implementation of Family Health Strategy (FHS). In the State of São Paulo, FHS was implemented within a PHC network already established according to health Programs. The coexistence of these two ways of organizing and operating the services generated great diversity in care structuring within PHC. The objective of this study was to evaluate the response capacity of the services located on the countryside of the State of São Paulo to health needs classically regarded as being typical of PHC. The data utilized have come from a response bank to the *QualiAB* questionnaire – Primary Care Quality and Monitoring Evaluation comprising 85 multiple choice questions, from 2.735 services. The evaluative framework ‘Response Capacity’ in PHC resulted from certain questions from *QualiAB*, organized in 3 dominions: Availability of resources (5 sub dominions: 51 indicators), direct assistance Operation (5 sub dominions: 50 indicators) and Work Management (4 sub dominions: 21 indicators), totaling 122 indicators. *Every positive response corresponded to score 1*. The overall average was 56,6%. According to Friedman e Dunn’s tests, dominion *Availability of resources* had greater performance contribution, followed by dominions *work’s technical Management* and *direct assistance Operation*. The three dominions showed positive correlations (Spearman’s test). The sub dominions k-means comprised two performance groups: *Satisfactory Capacity* of response (SC), with 39% (1065) of services studied, and the *Insufficient Capacity* group (IC), with 61% (1658). In order to analyze the distribution of the services in the groups, a logistics regression model was utilized. This model considered the following variables as being possibly associated: population and human development index (HDI) of the service municipality, number of appointments in the services, technical support from the state government, financial support from state government, and an organizational arrangement based on models of care previously structured. Results showed that services whose organizational arrangements were Health Center-FHS mixed-type, with 800 or more monthly appointments, located in municipalities with more than 100 thousand inhabitants, receiving additional technical support from the state, and with a higher HDI showed higher probability of belonging to the Satisfactory Response group response. Additional financial support from the state did not show association. When those variables were adjusted only to the services located in municipalities with less than 100 thousand inhabitants, a continuous financial support since 2000 showed association, whereas HDI did not show association any longer. Therefore, it was concluded that the response capacity obtained was low, which compromised the expected role of PHC. Organizational arrangements combining different modes of organizing and operating the services might prove more promising. Measures seeking to mitigate inequalities must be reaffirmed as public policies, especially in the case of municipalities with smaller populations.

Descritpros: primary health care; health centers; health services evaluation; health services; process assessment (health care); health services research; São Paulo

APRESENTAÇÃO

Inserido na linha de pesquisa “Avaliação de tecnologias, serviços e programas em saúde”, este estudo tem como objeto a organização de serviços de saúde de Atenção Primária (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo, reafirmando o compromisso de produção de conhecimento no campo das práticas de saúde para apoio a iniciativas de aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde. Sua fonte de dados foi o banco da pesquisa *QualiAB* – Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em municípios do Estado de São Paulo, constituído pela investigação de 2.735 serviços do interior do Estado.

O instrumento de avaliação *QualiAB* foi aplicado em 2010, no interior de uma política da Secretaria Estadual de Saúde de apoio para a gestão da Atenção Básica no Estado. Esta política incluía a institucionalização de processos avaliativos como instrumentos de gestão. Nesta época, coordenávamos o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, implantando uma especial política de reforço à essa atenção, configurada no Programa de Articuladores da AB, que focalizou municípios de médio e pequeno porte. Em parceria com a equipe de pesquisa do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista – UNESP e sob a coordenação da professora Elen Rose Lodeiro Castanheira, acompanhamos todo o processo da avaliação, atualmente ainda compondo a equipe de pesquisa *QualiAB*, que coordena a terceira aplicação do questionário no universo dos serviços de APS do Estado de São Paulo em curso no momento.

O processo para aplicação do *QualiAB* em 2010 teve um importante aporte através do referido Programa de Articuladores da Atenção Básica implantado no Departamento de Atenção Básica (AB) em 2009. Este programa capacitou profissionais da rede de AB para apoiar a gestão de saúde de municípios com menos de 100 mil habitantes e permanece até hoje em operação, sendo ampliado desde 2015 a todos municípios do Estado. O

desenvolvimento e validação do *QualiAB* 2010, bem como grande parte de seus resultados, já foram objeto de muitas apresentações para gestores e profissionais, tanto em nível municipal, quanto estadual, e também em vários congressos nacionais e internacionais. São ainda objeto de artigos, teses e dissertações já concluídas e em desenvolvimento (disponíveis em: www.abasica.fm.unesp.br)

Neste estudo foi feito um recorte analítico do *QualiAB* ainda inédito: o que diz respeito (i) às condições prévias de serviço de APS para possibilitar a melhor capacidade de resposta desse nível de atenção à saúde (ii) às necessidades de saúde locais.

Consideramos positivamente a extensão da APS, com implantação de equipes que incluiu muitos dos locais mais pobres e de difícil acesso do Estado. No entanto, questionamos o quanto a persistência de serviços de atenção primária com extrema dificuldade financeira e de estrutura pode alcançar organização suficiente para ter uma boa capacidade de resposta às demandas e necessidades da população. Por outro lado, nos perguntávamos o quanto essa heterogeneidade de arranjos poderia ser positiva como possibilidade real e concreta de organizar algum tipo de resposta para algum tipo de atenção possível frente à heterogeneidade das necessidades de saúde locais. A estas preocupações articulavam-se outras relacionadas mais propriamente à gestão do trabalho nos serviços. Em um contexto no qual a discussão da potencialidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) *versus* Centro de Saúde (unidades que se organizam nos referenciais dos Programas de Saúde), a rede de serviços do interior paulista esteve sempre se (re)conformando, dentro de determinadas possibilidades de recursos, necessidades e orientações políticas das gestões.

Esta situação gerou muita diversidade na composição das equipes e nos modos de organizar os processos de trabalho. Enquanto em muitas regiões do país a ESF significou um acesso à atenção em saúde para populações que não contavam com quase nenhum acesso, em São Paulo, a implementação da ESF parece ter se caracterizado mais por aquela “fusão” de modos de organização e funcionamento distintos, em que em unidades de distintos

recursos e estrutura, alguns processos da ESF combinaram-se a modelos assistenciais já heterogêneos.

O primeiro capítulo deste trabalho explicita a problemática que justifica a pesquisa: a história das propostas de APS e sua centralidade nos sistemas de saúde e as principais questões relativas a esse resgate da centralidade, com destaque para o contexto específico do Estado de São Paulo.

No segundo capítulo são levantadas as principais concepções em torno da avaliação de serviços de atenção primária e o impulso da sedimentação dessa área a partir da implantação da ESF no país.

O terceiro capítulo apresenta a construção do quadro avaliativo do estudo: a composição da *Capacidade de resposta* por meio da seleção de questões do QualiAB. Neste capítulo foram descritos a construção dos indicadores do quadro que compuseram tal *Capacidade de resposta*, seus domínios e subdomínios e os testes que estabeleceram as correlações entre os seus indicadores. Também foram descritas as construções das variáveis independentes e o modelo analítico, que testou a associação entre essas variáveis e dois grupos configurados pela *Capacidade de resposta*.

Finalmente são apresentadas as conclusões do estudo. Os anexos incluem: o Questionário *QualiAB*, o termo de adesão dos gestores e a aprovação da Comitê de Ética em Pesquisa.

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária em Saúde

Atualmente os diversos estudos relativos ao desempenho de sistemas de saúde não deixam dúvidas acerca da importância da centralidade da Atenção Primária à Saúde (APS) para melhoria das condições de saúde da população. (WHO, 2008; Mendes, 2012; Starfield, 2002). Nos últimos anos um movimento de apoio aos Cuidados Primários em Saúde tem se renovado em diferentes países. O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), sob o título “APS agora mais do que nunca”, já reforçava a preocupação dos profissionais e gestores da saúde sobre a incapacidade da prestação dos serviços responderem às necessidades e expectativas da população. As pressões com o aumento dos custos e de setores privados da sociedade tensionam a gestão na direção de racionalização de gastos, ao mesmo tempo em que impõem o consumo de tecnologias e medicalização dos indivíduos. De outro lado, cresce o movimento na direção da incorporação de valores de justiça social e de direitos universais, reconhecido pela sociedade civil e expresso nos movimentos e organizações sociais, profissionais e também estruturas de governo. A Atenção Primária tem sido vista como a estratégia que abre a possibilidade de responder a aspectos das desigualdades sociais e iniquidades em saúde através do aumento e qualificação do acesso aos sistemas de saúde e de melhoria das condições de vida (OMS, 2008). É nesse sentido que a capacidade da APS em responder às demandas e necessidades de saúde locais torna-se uma problemática central.

Embora a Conferência Internacional de Alma-Ata seja uma referência histórica para atenção Primária à Saúde, já na década de 1950 existiam, em

alguns países como a Rússia e China, experiências centradas no profissional médico, como aquele capacitado para resolver problema de saúde em regiões rurais. Na China comunista, os “médicos de pés descalços”, como ficaram conhecidos, integravam as ações da medicina tradicional chinesa com a ocidental (Oscar Feo, 2012; Luppi et al., 2011).

Considerado um dos primeiros documentos a utilizar a noção de uma assistência do tipo ‘primária’, a que denominou ‘centros primários de saúde’, o “Relatório Dawson”, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920, propôs esses centros como componente de uma atenção sistematicamente ofertada à populações delimitadas (comunidades) com uma perspectiva que articulasse esse Centro com outros de serviços mais especializados (centro secundário) e a assistência hospitalar. Essa proposta, nos anos 1960, viria a resultar na organização sistêmica dos serviços de saúde, regionalizada e hierarquizada. À época, essa proposta teve o objetivo de tornar os serviços de saúde disponíveis aos habitantes, levando em conta os contextos de seus respectivos territórios. Foi nesse relatório que apareceu essa nomeação de Centro de Saúde como um serviço regionalizado e que se complementaria com a assistência hospitalar. Configura-se, então, uma importante raiz histórica do sistema de saúde. No relatório, o Centro de Saúde já era descrito como uma unidade para prestação de serviços médicos, preventivos e curativos, prestados por médicos generalistas (*general practitioners- GPs*) e articulados com enfermeiras e parteiras (Dawson, 1920). O Relatório Dawson foi a base para a criação do Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) em 1948, e, que por sua vez, passou a orientar a reorganização de outros sistemas nacionais de saúde em vários países (Luppi et al. 2011; Lavras, 2012).

Porém, a definição mais completa e o marco político mais importante da atenção primária à saúde foi a Declaração de Alma-Ata, ocorrida na cidade da antiga União Soviética - URSS em 1978, que situou a Atenção Primária à Saúde (APS) como um estratégico nível do sistema de saúde.

“A APS deve ser baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis a

indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem ou trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Alma-Ata, 1978).

Naquele momento a recém-criada Declaração de Alma-Ata teve repercussões e críticas de organizações que consideraram muito alto os custos a serem mobilizados para sua implantação. Alguns desses organismos internacionais propuseram então um modelo mais reduzido de APS, concebido para resolver demandas mais imediatas e de populações mais pobres. Em 1979, a Fundação Rockefeller, o Banco Mundial e a Fundação Ford organizaram uma reunião na cidade de Bellagio, Itália, para discutir uma proposição alternativa à Declaração da OMS. Assim, uma “Atenção Primária Focal e Seletiva”, surge desse encontro, como um projeto menos abrangente e direcionado para populações específicas, fundamentalmente, em países com menor nível de desenvolvimento (Rovere, 2012; Cueto, 2004; Giovanela & Mendonça, 2008). Assim, se o encontro de Alma-Ata representou um marco para o movimento de APS e fortalecimento da organização de sistemas de saúde, de outro lado resultou em focalização reprodutora das desigualdades relativamente à questão dos direitos à saúde, com forte delimitação daqueles relativos às populações mais pobres.

A organização da APS foi tomando conformações diversas nos diferentes países, ocupando uma posição mais ou menos central nos sistemas de saúde. Essas conformações serão base para estudos conduzidos por Starfield, para avaliar o melhor ou pior desempenho de sistemas de saúde, através da comparação da centralidade da APS e seus impactos nos coeficientes de saúde, principalmente o de mortalidade infantil. Nesses estudos

a relação entre o desempenho do sistema e custos em saúde, tem demonstrado valores negativos para países que não consideram a APS como prioritária. Neles a grande fragmentação da assistência se reflete nos resultados pouco satisfatórios de melhora das condições de saúde e com uma visão mais mercantil do sistema de saúde com a incorporação de tecnologias de alto custo (Starfield,2002; Mudjalieb, 2009; Kuchnir, 2017).

No Quadro I abordamos as principais definições da APS, organizadas em documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), onde alguns países da Europa se distinguem em relação a outros, pelo elenco de atividades e procedimentos a serem oferecidos: aqueles com concepções plenas de integralidade de ações e acesso universal e outros com restrições no elenco dessas atividades (OPAS, OMS 2008).

Quadro 1 - Definições da APS, organizadas em documento da Organização Pan-americana de Saúde de 2007

Abordagem	Definição e conceito	Ênfase
Atenção primária Seletiva	Atenção com foco em serviços organizados para atenção aos problemas de saúde mais prevalentes em desenvolvimento.	Serviços específicos de saúde direcionados aos mais pobres
Atenção Primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e o lugar para o cuidado continuado para a maioria das pessoas, na maioria do tempo.	Nível de cuidado em sistemas de saúde
Atenção primária abrangente de APS	Segundo a declaração de Alma-Ata que define APS como cuidado essencial em atividades cientificamente e socialmente aceitáveis e tecnologia tornada acessível aos indivíduos e à comunidade por meio de sua participação, a um custo que comunidade e o país possam arcar. É parte integral do sistema do país, como o primeiro nível de contato, dos indivíduos, famílias e comunidade, trazendo a saúde o mais próximo possível da população que vive e trabalha. Constitui o primeiro elemento do processo de atenção continuada.	Estratégia para organizar os sistemas de saúde e a sociedade para promover a saúde
Direitos humanos	Ressalta o entendimento da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos de saúde. Difere de Alma-Aa mais pela ênfase nas implicações políticas e sociais do que propriamente nos seus princípios, na sua centralidade na busca da equidade.	Direitos humanos permeando os setores saúde e social

Fonte: PAHO, 2007; Luppi, 2011

O NHS – *National Health Service*, tornou-se uma referência internacional, principalmente pela sua universalidade e caráter público. Esse modelo semelhante em muitos aspectos a e inspirador do sistema de saúde brasileiro reconhece a centralidade na APS. Para TANAKA e ELIAS (2007), a valorização dada ao NHS por toda população inglesa, desde seus primórdios, é o que mantém essa centralidade até os dias de hoje, mesmo que na atualidade venha sofrendo influência de um movimento privatizante e liberal.

Conferências mundiais de saúde, ocorridas nos últimos anos, têm pressionado os países a se comprometerem com a mudança nas políticas de APS, no sentido de estabelecer mais claramente o compromisso do seu fortalecimento enquanto componente auxiliar na busca da equidade social. Uma análise na escolha do funcionamento do sistema com centralidade da APS aparece retratado em estudo realizado por KUSCHINIYR E CHORMY (2010), no qual os autores apresentam um paralelo entre o sistema norte-americano e as redes regionalizadas do sistema nacional de saúde britânico, com objetivo de analisar semelhanças e diferenças nas concepções em que operam nas suas relações entre público e privado e a centralidade na APS. Para os autores, o NHS apresenta maior grau de controle na definição de parâmetros e indicadores com ênfase na coordenação entre os níveis da rede e reforço no papel de planejamento das autoridades sanitárias nacionais, regionais ou distritais. Pontuam os ganhos obtidos através do aumento do escopo da atenção primária e o estabelecimento de grupos que congregam generalistas e autoridades regionais para o estabelecimento de compra de serviços necessários para seus usuários. Uma das estratégias definidas seria a coordenação do cuidado clínico para o tratamento de doenças crônicas, como o *clinical network*, que poderia ser comparado ao que chamamos no Brasil de Linhas de Cuidado. De outro lado analisam o *Medicare* e *Medicaid* do sistema americano com um grau de fragmentação muitas vezes maior que o NHS. Nesses programas, os autores ressaltam o pagamento por captação de paciente em distintos tipos de organizações provedoras dos cuidados, em instituições nas quais o médico generalista funcionaria como um *gate-keeper* para controle do acesso a especialistas. Essas empresas especializadas no

gerenciamento de doenças crônicas foram criadas em diferentes combinações de provedores, que, ao final de 1997, chegaram a somar 1.917 sistemas articulados em funcionamento e 1.466 que já haviam sido dissolvidos (Kuschinir & Chormi, 2010).

Os esforços de valorização da APS no sistema norte-americano, nos últimos anos, chamaram atenção com o *Affordable Care Act* (ACA). Este se constituía de forma inovadora em um país símbolo de nação altamente industrializada, de forte economia, alto gasto com saúde e não acompanhado pelos níveis e indicadores de saúde esperados. Embora a maioria dos estudos relativos a essa nova proposição no sistema de saúde americano sejam muito iniciais, dado seu pouco tempo de existência, a priorização de cuidados primários em regiões rurais e de populações específicas revelaram-se como uma estratégia importante de busca de equidade dentro dos Estados Unidos. Claro é que o sistema americano tem origens muito diversas do sistema inglês ou canadense, os quais adotam a noção de saúde como direito universal desde sua origem, sendo sistemas muito valorizados pelas respectivas populações.

No entanto, nos Estados Unidos, a organização de um sistema de controle e de informação dos serviços prestados, de centros comunitários, de iniciativas de promoção à saúde e de projetos de prevenção, chamam a atenção pela agilidade com que foram constituídos. Assim, naquele país, mesmo se baseando num modelo de APS seletivo ou focal, os avanços na revalorização dos cuidados primários inseriram o sistema de saúde americano no grupo de países que reconhecem a APS como um instrumento na diminuição das desigualdades sociais (Affordable Care, 2016). Outros países como os do continente africano também têm sido reconhecidos pelo forte apelo na priorização da APS apresentando resultados positivos na inclusão social e melhoria dos indicadores de saúde (WHO in African Region, 2015-2016).

Para Connil (2008), a história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções. A autora toma os sistemas de saúde de Quebec, no Canadá, e da Inglaterra para exemplificar políticas públicas em que predominam nos

sistemas de saúde os modelos de organização da APS, tais como o modelo dos Centros de Saúde norte-americano que integravam serviços sociais e de saúde para populações excluídas, os Centre Locaux de Services Communautaires (CLSC) de Quebec mais voltado à integralidade das ações de atenção em Saúde e a dimensão da família e comunidade, ou os General Practitioners (GP) dos médicos generalistas da Inglaterra, assim como as recentes estruturas de gestão dos Primary Care Trusts, que juntam vários GPs e autoridades distritais.

No documento lançado por ocasião da comemoração dos 30 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS faz uma revisão crítica em relação a seus documentos anteriores, com base em um resgate das ideias iniciais de Dawson. Nele refere a importância do *“direito ao mais alto nível de saúde que se possa alcançar... e maximizar equidade e solidariedade”* enquanto se é guiado por *“receptividade às necessidades das pessoas”* (Who, 2008). De outro lado, o documento aponta novo perfil de doenças e agravos caracterizado pelo envelhecimento da população e o movimento de globalização, que resulta no aumento de doenças crônicas e consequente aumento do uso de serviços, e da transmissão mundial de doenças transmissíveis. A superação das deficiências dos sistemas de saúde implica em recursos que possam melhorar a capacidade de resposta desses sistemas com ações e serviços mais integrados. No mesmo ano em que a OMS publica esse relatório, ela também valida em documento publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a proposta das Redes Regionalizadas de Atenção, como mais um reforço à ideia de sistemas integrados e coordenados pela APS. O marco conceitual das Redes Regionais passaria a se constituir estratégia de organização e integração também para o Brasil (Ferreira et al, 2011; Mendes Villaça, 2008).

Villaça define as redes de atenção à saúde como *“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*

no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.” Nessa definição o autor destaca três elementos sob os quais se constituem as Redes: (i) a população, como sendo aquela que o sistema de saúde reconhece nas suas necessidades e dentro de um território singular; (ii) um elemento constitutivo, operacional, cujo centro é ocupado pela APS, pelos pontos de atenção secundário e terciário e pelos sistemas de apoio, logístico e governança; (iii) o terceiro elemento refere-se a um modelo específico de atenção à saúde, com mudanças na organização, no desenho do sistema de prestação de serviços, no apoio às decisões, na informação clínica e no autocuidado apoiado.

No Brasil, os processos de descentralização da gestão empreendido nos anos 1990, através das Normas Operacionais Básicas, significaram grande avanço para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, as características de construção desse processo geraram uma série de desafios e limites ao projeto de integração da atenção. No caso da APS, principalmente esse processo se deu com baixa participação das esferas estaduais, com a conformação de uma relação direta entre municípios e gestão federal. Neste contexto as políticas estaduais de apoio a APS pouco se desenvolveram, e o papel do Estado, principalmente em São Paulo, foi se fortalecendo pela incorporação de tecnologias voltadas a especialidades médicas (MS, SAS, 2011).

No Brasil a terminologia Atenção Básica foi oficializada pelo governo federal nos documentos da Política Nacional de Atenção Básica 2006, como forma de ressaltar diferentes construções históricas da sua origem e significado (PNAB, 2006 e 2012). Os princípios que norteiam essa expressão referem-se principalmente ao compromisso da universalidade do acesso e a participação social e crítica ao movimento que surgiu em Alma-Ata, influenciado por algumas instituições que trabalhavam com a ideia de uma atenção primária focal e seletiva. Atualmente os termos são usados como sinônimos, até mesmo em documentos oficiais, que ora utiliza a expressão “Atenção Primária” ou ora “Atenção Básica”. Para Mello et al (2008), esses termos não designam mais

distinção ideológica ou de modelo de organização dos serviços na política para o país.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define essa atenção como um conjunto de ações, "de caráter individual e coletivo", envolvendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, por meio de trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios delimitados, com a utilização de tecnologias de "elevada complexidade e baixa densidade". Assim organizada, deve ser capaz de responder aos problemas de saúde de maior frequência e relevância em cada território, sendo por isso o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde ao qual está integrado. "Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (Brasil, 2006).

“A definição da AB/APS adotada pelo SUS, expressa duas dimensões: uma mais imediatamente vinculada à organização interna do trabalho - quando se refere à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário; e outro, relativo à relação que estabelece com o sistema - quando se refere a seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde, mas também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde”(Castanheira, 2011).

A centralidade da APS nas Redes de Atenção coloca para a gestão a necessidade de criar condições adequadas para efetivação das suas proposições, desde estruturas físicas, de pessoal e insumos até educação permanente e apoio na gestão dos serviços para atingir as finalidades que lhes seriam próprias.

No entanto, se por um lado existe um movimento que reconhece essa potencialidade da APS como locus privilegiado para desencadeamento do cuidado em saúde, por outro lado, as expectativas em relação a esses atributos, ocupam um plano discursivo tão amplo, que se distancia cada vez

mais do cotidiano possível de como esses serviços realmente se organizam (Nemes, 2001).

O SUS tem apresentado muitos avanços desde sua criação, mas vive hoje ainda muitas contradições e obstáculos para concretização de seus princípios. Uma dessas principais contradições diz respeito à APS, colocada como central nos documentos e políticas oficiais, mas na sua concretização reduzida a fatias bem menores em recursos e investimentos quando comparados à especialidades e tecnologias de ponta.

Isso se reflete em desigualdades regionais e na capacidade da gestão principalmente em municípios de pequeno e médio porte. Para os grandes centros urbanos a concentração de condições econômica e financeira, facilita a melhor estruturação de serviços, concentração de profissionais, e gestores. Isso é o oposto do que acontece com regiões mais periféricas, que enfrentam de forma mais contundente as dificuldades relacionadas à escassez, que vai da capacidade técnica até o acesso de comunidades isoladas (Vianna et. al 2006).

1.2. A marca da Atenção Primária no Estado de São Paulo

A história da saúde pública no Estado, se confunde com a da APS marcadas pelos movimentos da Reforma Leser da década 70 e os de municipalização nos anos 80 (Mota e Schraiber, 2017; Nemes, 1990; Sala et al, 2011). O surgimento dos Centros de Saúde, entre eles o Paula Souza, em 1925, e o Centro de Saúde Escola Barra Funda - CSE Barra Funda, em 1964, traziam na sua concepção uma proposta de APS voltada à ação integral e com ênfase na educação sanitária e de promoção da saúde, ambos no Estado de São Paulo. Outras concepções nortearam a implantação de serviços no país, tais como o projeto da Fundação Serviço Especial da Saúde Pública - SESP, iniciada na década de 40, e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), na década de 70, voltadas mais especificamente ao

cuidado primário em regiões de relevância econômica. A integração da educação sanitária e assistência individual nortearam no Estado de São Paulo, o modelo da Programação em Saúde, que foi desenvolvido principalmente na segunda metade de 1970. Esse modelo promoveu inovações através da desconcentração técnico-administrativa da Secretaria de Estado da Saúde da integração de práticas coletivas e individuais. É desta época a concepção e organização da “Rede de Centros de Saúde”, que se organizavam em diretrizes tais como: a responsabilidade pelos problemas de saúde da população do território com a integração de atividades de saúde pública e de assistência médica; a integração, sob o comando único dos serviços tradicionais de saúde pública (como os dispensários de tuberculose e hanseníase) e a assistência médica à demanda organizada em programas de saúde do adulto, materno-infantil, tuberculose e hanseníase. Os Centros de Saúde (CS) eram organizados de acordo com a complexidade e área de abrangência, em CS I, II, III e IV. O Centro de Saúde I, por exemplo, operava todos os programas serviam de referência para uma determinada região de saúde ou municípios de maior porte populacional. Esse modelo orientou a organização da atenção primária no Estado de São Paulo durante pelo menos as duas décadas seguintes (Nemes, 1990).

A proposta do modelo da programação em saúde buscava assim simultaneamente introduzir nos Centros de Saúde o atendimento médico às doenças (tentando afastar a ideia de médico de saúde pública com controle dos sadios) e integrar esse atendimento a um plano geral de intervenção articulado epidemiologicamente e organizado sobre a ideia de assistência integral. Em outros termos, a tradicional prática de cunho preventivista e educativo da saúde pública, a programação em saúde abria-se aos poucos à assistência médica individual, buscando fazer frente a crescente demanda por serviços assistenciais, sem abrir mão das ações sanitárias, daí então propor e implantar uma integração médico sanitária (Mendes-Gonçalves, 1994).

Nesse sentido, segundo eram três os principais valores que reconheceram a atenção primária: 1. Evitar a redução das necessidades de saúde a processos fisiopatológicos nas concepções de serviços, redução que

nos tem impedido de compreender a diferença que há entre complexidade científica das patologias e complexidade tecnológica do trabalho em saúde. Isto significa, em outros termos, valorizar positivamente a atenção primária como uma forma bastante específica de organizar a prática e como tal dotada de particular complexidade; 2. Revalorizar a busca por assistências progressivamente integradas do cuidado produzido, ao invés da somatória dos atos especializados. O valor aqui distinto era de que o Centro de Saúde poderia ser uma instituição adequada para o desenvolvimento de uma assistência mais global e ao mesmo tempo inovadora por propiciar espaços para a emergência de novas questões assistenciais relacionadas às necessidades não “trabalhadas” do ponto de vista técnico; 3. Instituir uma dimensão subjetiva das práticas em saúde como parte da inovação tecnológica, revalorizando, tanto para a população quanto para os médicos e demais profissionais, uma prática cujas relações interpessoais também resguardem o sentido humano das profissões em saúde. Os autores descrevem que: *“Isto equivale a se contrapor à visão predominantemente de uma cisão necessária entre o que é técnico-científico e o que é humano nas ações técnicas, quer pelo conhecimento dos limites da primeira dimensão quer pelo conhecimento dos espaços efetivos da segunda, no interior das intervenções e da produção dos serviços”* (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 1994).

Na década de 80, as unidades básicas de saúde sofreram uma série de reformulações e os investimentos caminharam no sentido dar ênfase à assistência médica-individual, com grande influência do atendimento do tipo pronto atendimento, com alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas e referência a especialidades médicas. O custo dos investimentos em saúde colocava no centro dessa questão a necessidade de estabelecer prioridades no campo da saúde o que implicaria necessariamente dar mais atenção para algumas demandas que outras.

Cabe observar que, em sendo a relação entre o Estado de São Paulo e o governo federal, representando o restante das regiões brasileiras, uma relação de muitos conflitos em termos das políticas públicas, se a década de 70

pode ser vista como um exemplo da particularidade paulista no que tange a política de saúde, corporificada na programação em saúde, a década de 80 representou ao contrário um alinhamento com a política nacional que valorizou o pronto atendimento (Mota e Schraiber, 2011). Essa convergência marcou o período mais específico dos anos 1985 a 1995, em que uma série de programas nacionais (programas de controle de câncer de mama, hipertensão, diabetes, etc.) foram formulados e implantados em todo território nacional. Esses programas, contudo, eram muito diferentes da Programação em Saúde, uma vez que esta última se tratava de uma política de modelo assistencial e modelo tecnológico de organização da APS (Nemes,1990) enquanto os programas antes mencionados tratavam de ações médicas e preventivas em termos clínicos, reforçando o modelo do pronto atendimento e da priorização da assistência médica individual nas UBS (Nemes, 1996).

Na segunda metade da década de 1990, o Ministério da Saúde, cria o Programa Saúde da Família - PSF, atrelado à política de Atenção Básica no Brasil. O PSF nasce com base nas noções de extensão de cobertura e simplificação dos serviços dirigidos à população carente, com receitas e pacotes de saúde iguais para todos, desde concepções cunhadas na Conferência de Cuidado Primários a Saúde em Alma-Ata 1978. (WHO,2008). A proposta de expansão do PSF no Brasil obteve grande capilaridade, principalmente em locais onde não havia nenhuma forma de acesso à saúde. Em 2000, dados do Ministério da Saúde apontavam uma cobertura da ESF de 2,3% da população brasileira. Em 2010, essa cobertura saltou para 26,3% e, em 2016, atinge uma cobertura em torno de 40%. Em 2015, dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo referem uma cobertura de equipes de atenção básica de 86,26% no Estado de São Paulo. Neste mesmo ano a cobertura de PSF referida pelo Ministério da Saúde, para o Estado era de 39,19%, ou seja, cerca de 47% de cobertura da APS no Estado se dá por unidades convencionais ou baseadas na organização composta por clínicos, ginecologistas e pediatras e não de generalistas (MS-DAB; SES,2017).

Em São Paulo, a primeira experiência de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) teve início em 1995, no Município de São Paulo, no

momento em que os serviços de atenção primária ainda não haviam sido municipalizados. Cabe aqui lembrar então, a história de conflitos e particularidades que o Estado tem em relação às políticas federais. O projeto de implantação desse modelo no Estado de São Paulo sofre particularizações, sendo criado o *Programa Qualis*, que se constituiu de modo bem diferenciado do modelo nacional. Indicações nesse sentido foram: a criação de uma estrutura gerencial própria, a definição de duas áreas pilotos de implantação e um leque de ações bem como uma composição de equipe de saúde diferenciadas. Foi criado, em parceria entre a Secretaria Estadual de Saúde e duas Organizações Sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina (Zona Leste) e a Fundação Zerbini (Zona Norte), ligada à Universidade de São Paulo (USP). Será, a partir de 2000 que o Estado de São Paulo irá progressivamente incorporar as políticas federais, sem, contudo, anular suas experiências particulares anteriores. Assim, passam a coexistir, nos serviços de saúde, em seu cotidiano assistencial marcas da programação em saúde, dos programas federais, e de estratégia saúde da família. Hoje no Estado os vários arranjos convivem de forma bastante disseminada e caracterizam uma rede de atenção primária com organização de serviços de grande diversidade (Sala, 2011).

1.3. Avaliação da atenção básica no Brasil

A avaliação é fundamentalmente definida como um julgamento de valor que se faz sobre uma intervenção. Uma avaliação deve ser capaz de produzir informações cientificamente válidas, que permita a diferentes atores um posicionamento a partir do seu campo de atuação. (Nemes, 2001; Contandripoulos, 1997). O campo das avaliações na saúde tem se organizado teoricamente em torno de três vertentes principais: 1. Avaliação tecnológica - centrada principalmente na segurança, efetividade e custo; 2. Avaliação de programas - focada em atividades articuladas e voltada a populações alvo; e 3. Avaliação de qualidade - voltada a serviços assistenciais (Novaes, 2004).

O campo da avaliação de serviços de saúde é complexo e multideterminado por fatores internos aos serviços e externo pelos contextos políticos e sociais. Para Nemes (2001), a questão nuclear que se coloca para o processo avaliativo direcionado à avaliação da qualidade dos serviços assistenciais está relacionada aos processos de trabalho existentes nesses serviços. Esses processos são definidos pela relação entre o sujeito das ações do trabalho, ou agente da prática de saúde examinada, seu objeto de intervenção e o produto de sua ação ou finalidade desse processo de intervenção. Para avaliar é preciso ter clareza do objetivo da avaliação e dos mecanismos para medir seus resultados, mediante consensos entre atores envolvidos na avaliação, viabilizando e dando sentido ao uso dos produtos da avaliação (Nemes, 2001).

Entre os diferentes modelos avaliativos, o modelo de Donabedian se coloca como uma proposta internacionalmente utilizada. Este modelo propõe que os indicadores se construam em torno a estrutura, processo e resultado e que, além disso, se estabeleçam associações entre eles e de caráter causal, de tal forma que se reconheça a interferência de cada um desses componentes sobre os demais (Nemes, 2001; Chen, 1990).

Com a expansão de oferta e aumento da complexidade dos serviços e ainda da demanda crescente por cuidados em saúde nos últimos anos, as projeções de custos e financiamento do setor tem estimulado pesquisas e políticas de avaliação que possam melhorar a eficiência e efetividade dos sistemas e serviços de saúde. Como neste movimento muitos países reconhecem na APS um potencial para mudanças do modelo assistencial, o enfoque na melhoria na qualidade dos cuidados em APS tem orientado políticas voltadas para institucionalização de processos avaliativos.

Em levantamento realizado por Kalinichenko (2013), foi relatado um grande número de pesquisas de linha de base que para estabelecer padrões de qualidade. Além das pesquisas de linha de base, muitos modelos de avaliativos em atenção primária tem sido desenvolvido em diferentes países, além de projetos de monitoramento e desenvolvimento de sistemas de informação em APS (Kalinichenko, 2013; Cavalli et al, 2016; Riley, 2016;

Michael L. Parchman et al,2016).

Internacionalmente, os atributos da APS, definidos por Starfield, tem sido referência para construção de diversos instrumentos e processo avaliativos nos sistemas de saúde em vários países. Também baseado no modelo avaliativo de Donabedian, em 1992 o grupo de pesquisadores de Harvard, coordenados por Starfield, estabeleceram as características desejáveis para construção de uma APS, cuja centralidade definiria a qualidade dos sistemas de saúde. Os atributos da APS foram definidos como:

1. O acesso ou *primeiro contato* como porta de entrada do sistema de saúde – tem como característica de valor a capacidade dos serviços em reconhecer as necessidades de saúde e demandas da população e como organizam a porta do serviço para que essas questões possam ser respondidas.
2. A *longitudinalidade* como o vínculo e responsabilidade da equipe de profissionais com a população atendida, pressupõe serviços e equipe de saúde que sejam referência para comunidade como uma “fonte habitual de atenção”;
3. A *integralidade da atenção (comprehensive care)* - reconhecidos através da efetividade da prestação de serviços, e, nesse sentido, a avaliação de qualidade estaria relacionada à articulação de avaliações no âmbito coletivo e no âmbito do risco individual. O desafio para abordagem implica no desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares para dar conta de um leque de fatores macro relacionados ao processo de adoecer. Através da APS, a integralidade define o valor de qualidade do cuidado em saúde, que vai para além dos procedimentos organizados naqueles serviços.
4. A *coordenação do cuidado* como acompanhamento das necessidades de saúde dentro do sistema. Está mais relacionada à ideia do encaminhamento para outros serviços que possam responder a questões que não se resolviam dentro da APS, sem perder a responsabilidade desse andar.

A integração dos atributos anteriores implica no reconhecimento da população, através de perfis populacionais, problemas mais prevalentes, contexto socioeconômico; na construção de projetos terapêuticos singulares construídos de forma conjunta com os indivíduos dentro de sua além dos

desafios que fazem e caracterizam o cotidiano dos serviços na sua relação com a população. A principal forma de concretizar esse atributo depende das relações pactuadas entre serviço e comunidade e as responsabilidades assumidas pelas equipes de saúde dos diferentes pontos de atenção (Starfield,2002; Cunha,2011).

No Brasil, os atributos de APS nortearam os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a validação de instrumentos de avaliação utilizados em outros países.

Em São Paulo, um dos instrumentos de avaliação de serviços foi o questionário de Avaliação e Monitoramento de serviços de Atenção Básica – *QualiAB*, construído com base na teoria do trabalho em saúde, tendo como referência avaliações anteriores das práticas assistências no interior de programas de saúde (Nemes et al, 2016). Adiante falaremos mais sobre ele.

No Brasil, o movimento de avaliação em saúde se estabelece como campo científico por volta da década de 1950. Até a década de 1990 os estudos de avaliação no país, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, orientada para as necessidades da gestão e mais vinculada á uma divisão mais tradicional de planejamento e administração dentro da saúde coletiva (Filisbeto, 2006; Schraiber, 1999; Nemes, 1996).

Tomando como referência as proposições tecnológicas das ações programáticas, como modelo de assistência, que organiza as práticas nos serviços de saúde, entendeu que a qualidade dos serviços deve estar relacionada à capacidade desse serviço de objetivar o trabalho dos agentes de saúde em tecnologias. Assim, uma proposta que considere a APS como um lócus de ações transformadoras, deve ter nas práticas de saúde respostas voltadas às necessidades de um determinado contexto sócio-sanitário. Essa construção corresponde, desta forma, a um projeto técnico-político do modo social de viver e, portanto, capaz de traduzir os valores dados como importantes para esse determinado contexto. Frente à essa reflexão podemos avançar no sentido do que se entende por qualidade, como sendo essa capacidade de aproximação das práticas do cotidiano dos serviços e a

coerência com valores de um projeto técnico-político, portanto de um determinado contexto. Para Nemes, o trabalho de boa qualidade seria, desta forma, aquilo que dá objetividade aos valores do plano propositivo e o transforma em tecnologias (Nemes, 1996).

Para o Brasil, as avaliações de processos são as que se tornaram mais viáveis, principalmente no que diz respeito aos de serviços de saúde. A falta de integração dos sistemas de informação e nexos entre os indicadores dificulta o avanço de avaliações com enfoque em resultados. A escolha de indicadores realizada pelos atores potencializa a responsividade e produção de impacto na realidade dos serviços, a medida que fazem sentido para quem os utiliza, com clareza e foco no que se pretende avaliar e possibilita mudanças. A incorporação de uma cultura avaliativa para dentro dos serviços implica, no envolvimento dos diferentes atores no processo e na produção de resultados para que esses possam ser reconhecidos como válidos. Esse movimento em espiral permite diferentes posições e olhares sobre o contexto, a construção de consenso, ao menos relativo, dos objetivos da avaliação, e faz com que essa avaliação contribua e gere informações que favorecem o debate e a reformulação do sentido desse olhar, com alterações constantes do cotidiano (Boldistain, 2006; Filisberto, 2006; Nemes, 1996; Contandriopoulos, 1997).

Os estudos de avaliação de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passam a ter maior disseminação com a criação e implantação do Programa Saúde da Família, na década de 1990. Em 2003, o Ministério da Saúde lança o Programa de Extensão e Consolidação da Saúde da Família no Brasil (PROESF) que ganha grande visibilidade e maior consistência a partir da perspectiva de institucionalização dos processos avaliativos que se baseia em quatro principais dimensões: político-institucional, organização da atenção, o cuidado integral e desempenho do sistema de saúde. A recém-formada Coordenadoria de Avaliação do Ministério da Saúde tinha então como principal desafio a internalização e sedimentação dessa cultura de práticas avaliativas.

Em revisão realizada por Almeida e Giovanella (2008), foram identificados três principais grupos de avaliações e pesquisas realizadas no país no período de 2000 a 2006. No período de 2000 a 2002, os primeiros

estudos desenvolvidos tinham como objetivo o processo de implantação do então chamado Programa de Saúde da Família (PSF), com vistas a detectar nesse primeiro momento suas fragilidades e potencialidades. Entre esses estudos se destacaram os temas relacionados a condições contextuais necessárias para a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), em termos institucionais, financeiros e de infraestrutura. Também naquele momento a ausência de parâmetros para permitir comparações de desempenho entre unidades da APS. A outra fase de estudos avaliativos identificados foi a partir do ano de 2004, fruto das pesquisas de linha de base (ELB) influenciadas pelo PROESF. Foram desenvolvidos em 168 municípios, com mais de 100 mil habitantes, em estados de 4 regiões do país (Samico et al, 2005; Melo e Paiva, 2008; Ibañez, 2006). Nesses estudos aparecem nos elementos avaliativos que assimilam estratégias para o compartilhamento das metodologias e resultados encontrados, o envolvimento de atores das secretarias municipais e estaduais nas etapas de desenvolvimento dos estudos e a capacitação de técnicos destas instâncias nas funções de avaliação e monitoramento (Almeida e Giovanella, 2008).

Também como resultado dos incentivos do PROESF, Secretarias Estaduais realizaram vários projetos tendo como principal objetivo a institucionalização da avaliação. Alguns estados optaram por investimentos na criação ou integração de sistemas de informação, outros avançaram na elaboração e/ou validação de instrumentos como fortalecimento dos projetos de avaliação da APS nos municípios.

Em 2010, o Ministério da Saúde lança a Política de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) como uma proposta de fortalecimento dos processos de institucionalização da avaliação, reforçando as avaliações de serviço, através de um processo de organização das mesmas, realizado nos últimos anos. No Estado de São Paulo, neste mesmo ano, o instrumento auto-aplicado *QualiAB* foi pactuado entre secretarias municipais e a estadual e disponibilizado para ser respondido por serviços de APS do Estado.

Os instrumentos de avaliação da atenção básica

Um dos primeiros instrumentos para proposta de processos avaliativos da APS no Brasil foi o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde. O AMQ era definido como um instrumento autoavaliativo, de monitoramento e avaliação implantados através da livre adesão dos gestores municipais, mas voltado exclusivamente à ESF. O processo de avaliação no seu início previa uma fase de avaliação externa, após adesão dos municípios, e tinha como objetivo incentivar a prática constante da avaliação nos serviços. Esse ciclo avaliativo completo não chegou a ser implantado no país naquele momento. Era composto por cinco instrumentos de auto avaliação, um para cada âmbito de gestão e execução da ESF (gestor municipal de saúde, coordenadores municipais da ESF, diretores técnicos dos serviços de ESF, profissionais da equipe de ESF, e profissional de nível superior da equipe de ESF). Sua mensuração era classificada em cinco níveis: E (elementar), D (em desenvolvimento), C (consolidada), B (boa) e A (avançada). O AMQ foi um instrumento bastante divulgado nos serviços, mas de difícil aderência das equipes frente à complexidade no uso das informações (Venâncio, 2008; MS-AMQ, 2005).

Ainda como desdobramento das induções promovidas pelo PROESF outro instrumento que passa a ser utilizado nas pesquisas avaliativas para a atenção primária no Brasil foi o chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Esse instrumento, que foi criado a partir dos atributos essenciais e derivados da APS e validado por Starfield em 1998, utiliza as proposições e Donabedian como estrutura e processo. O PCATool foi adaptado ao Brasil sendo composto por três instrumentos: (1) PCATool-Brasil versão Criança; (2) versão Adulto e (3) versão profissionais de saúde. Às respostas são atribuídos valores de 1 a 4, numa escala tipo *Likert*, sendo “com certeza sim”, “provavelmente sim” “provavelmente não”, “com certeza não” e as respostas “não sei/ não lembro”. Para obter-se o escore da qualidade de cada serviço, calcula-se a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão.

(Macinko e Almeida, 2007; Harzheim et al. 2013; Castanheira et al, 2016).

No Estado de São Paulo foi desenvolvido e validado, em 2007, um instrumento de avaliação de serviços de Atenção Básica autoaplicável, via *web*, o Questionário *QualiAB*, dirigido a todos os serviços de AB, independentemente de seu modelo organizacional, incluindo Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas tradicionais e outras formas de organização definidas pelo gestor municipal, o que conferia uma capacidade de maior abrangência do conjunto da rede de AB instalada nesse Estado. Esse instrumento foi utilizado pela gestão estadual em 2010 como parte de uma política de apoio aos municípios, conforme será descrito adiante e que se tornou objeto desse nosso estudo (Castanheira et al.2014; 2011; 2009).

Em 2011, através do PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde organizou uma política que procura induzir a instituição de processos para melhoria da capacidade das gestões federal, estaduais e municipais e das Equipes de Saúde da Família na oferta de serviços. Este instrumento foi implantado também com objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da APS, através de um padrão de qualidade que permitisse uma comparação nacional, regional e local de maneira e que pudesse também avaliar a efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil. Esse processo resgatou para os últimos anos uma política mais incisiva de avaliação do MS, onde novos investimentos e repasses financeiros aos municípios passam a ser vinculados mediante a adesão da gestão municipal a processos avaliativos e de desempenho da Atenção Básica. O PMAQ é composto de 2 momentos, um de autoavaliação, adesão e pactuação de metas, e um segundo de avaliação externa realizado por profissionais indicados e contratados pelo Ministério da Saúde (BRASIL - PMAQ, 2012).

O movimento de contraposição ao estabelecimento de incentivo de um único modelo para o país, por sua história e por influência dos modelos da programação e da clínica ampliada, era a demanda mais centrada no Estado de São Paulo, que sempre esteve numa posição, em relação às políticas

nacionais, de vanguarda ou em contraposição e crítica às propostas normativas de âmbito nacional. Em relação ao PMAQ, São Paulo optou por utilizar os dois instrumentos frente à heterogeneidade na organização dos serviços e a aplicação do *QualiAB* 2010 que antecedeu o lançamento do PMAQ. Posteriormente, o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB) flexibilizará o modelo padrão com a incorporação de “equipes parametrizadas”, como uma alternativa à proposta de adesão de outras formas de organização que não Estratégia Saúde da Família (PMAQ; PNAB).

Para a gestão estadual de São Paulo, o movimento de resgate do seu papel na Atenção Primária ocorre desde a criação do *Programa Qualis*, com investimentos irregulares que ora mais, ora menos, busca dar apoio técnico e financeiro à equipes e serviços, principalmente localizados em municípios de menor porte populacional ou contextos sociais que implique em maior desigualdade, tais como baixo IDH ou municípios com processos migratórios de populações com maior vulnerabilidade, tais como plantadores de cana-de-açúcar, dentro de uma visão de que caberia ao Estado buscar maior equidade a municípios com maior desigualdade técnica e financeira para qualificar os serviços e a gestão da Atenção Primária. Como parte dessa política, em 2010, o Estado adota o instrumento de Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica - *QualiAB*, que será descrito adiante.

Tese - No Estado de São Paulo, a ESF foi implantada em uma rede de serviços de APS já organizada segundo Programas de Saúde. A convivência entre esses dois modelos gerou grande diversidade de arranjos organizativos inseridos em contextos já heterogêneo em relação a características socioeconômicas e de saúde. Nossa hipótese é de que alguns destes arranjos bem como as características sociais e de saúde, tenham favorecido condições essenciais para capacidade de respostas compatível com o papel da atenção primária no sistema de saúde do Estado.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a capacidade de resposta às necessidades de saúde classicamente atribuídas à atenção primária de serviços de atenção básica do Estado de São Paulo que responderam à avaliação *QualiAB* em 2010.

2.2. Específicos

1. Avaliar as condições necessárias para a resposta dos serviços relacionadas à disponibilidade de recursos à organização de processos de Operação direta da assistência e de gerenciamento técnico.
2. Avaliar a associação entre a capacidade de resposta dos serviços e o tipo de arranjo organizativo; porte do serviço; características socioeconômicas do município de localização do serviço e formas de apoio da gestão estadual.

3. MÉTODOS

O Instrumento *QualiAB*

O instrumento de avaliação *QualiAB* é um questionário estruturado composto de 85 questões de múltipla escolha auto-preenchidas, sendo 20 descritivas e 65 pontuadas. Voltado para organização da atenção à saúde, o *QualiAB* é organizado em duas grandes dimensões: assistência e gerência. Foi construído a partir de pesquisa avaliativa em 2007, com recursos da linha de fomento do PPSUS. O *QualiAB* foi aplicado inicialmente no município de Bauru e posteriormente estendido para os Departamentos Regionais de Bauru, Registro e Sorocaba, a partir de metodologias que incluíram entrevistas com gestores, gerentes de unidade e usuários. O questionário completo segue em anexo.

Os procedimentos metodológicos adotados na construção original do instrumento *QualiAB* foram: 1. Entrevista e grupo focal com as equipes de saúde de municípios do Estado, observação não participante do funcionamento de unidades básicas de saúde, elaboração de questionário-piloto de avaliação de serviços e aplicação inicial em 20 unidades com apresentação e discussão dos resultados com o conjunto dos atores envolvidos; 2. Construção do instrumento *QualiAB* e aplicação do questionário final com análise e devolutiva dos resultados para os gestores municipais das regiões envolvidas. O processo de validação foi realizado por meio de avaliação da consistência interna das questões (α de Cronbach) e do poder de discriminação em relação ao universo estudado (Análise de Componente Principal), utilizando-se o programa SPSS, versão 14.0.

No *QualiAB*, as normas que orientam o seu quadro de valores foram construídas com base nas proposições técnico-políticas colocadas para a Atenção Básica pelas diferentes esferas de governo, enquanto política de Estado. O *QualiAB* “tem como foco avaliativo na organização do trabalho como forma de aproximar-se do modo como as ações assistenciais são gerenciadas

e diretamente operadas na atenção aos usuários, dentro dos limites permitidos por um instrumento estruturado” (Castanheira et al, 2014). O *QualiAB* estabelece o melhor padrão para todos os indicadores com base no "melhor possível" para a atual situação da AB, de acordo com as normas estabelecidas dentro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A aplicação do *QualiAB* no Estado de São Paulo foi realizada por meio de um sistema on-line através do qual o gestor municipal, que se interessasse a participar do processo avaliativo, fizesse adesão formal a esse instrumento. Portanto, a amostra não foi previamente definida, embora dos 645 municípios, 536 responderam com pelo menos 1 unidade básica de saúde participante, o que resultou em um total de 2.735 unidades respondentes. Não houve adesão da capital paulista ao estudo.

3.1. Quadro avaliativo

O presente estudo utilizou os dados provenientes das respostas dos serviços ao questionário *QualiAB* – Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica, que se insere numa linha de pesquisa multicêntrica de avaliação e monitoramento de serviços. Como o presente estudo, outras produções acadêmicas tiveram como objeto partes ou a construção de novos modelos avaliativos nas áreas da saúde sexual e reprodutiva, saúde da criança e aspectos metodológicos (Nasser,2015; Stella,2011; Monti,2016; Pugin,2016; Zarilli,2015; Sanine,2014; Carrapato,2011; Vascocelos,2010).

Neste estudo, foram escolhidas variáveis que tratam dos aspectos mais gerais do serviço e mais tradicionais da Atenção Básica. Os indicadores assim definidos permitem a construção de um quadro mais simplificado das condições “prévias” necessárias à qualificação. Ou seja, o quadro avaliativo foi proposto para estimar quais as possibilidades que os serviços possuem para operar práticas relativas às suas funções de APS.

Com as políticas de indução para aumento de cobertura assistencial no país, e a consequente expansão de serviços, muitas vezes são utilizadas estruturas precárias ou inadequadas como unidades de saúde. Em que pese o significativo aumento do acesso da população aos serviços, o uso dessas estruturas também, e contraditoriamente, tem impedido os serviços de APS responderem às demandas a eles colocadas. Estudo realizado no Brasil, nos últimos anos tem apontado inadequações relativas à estrutura física, as dificuldades relativas a recursos humanos, oferta de insumos e medicamentos, etc (Sala, 2006; Siqueira, 2009; Marsiglia, 2012; Melo, 2016).

A maneira como os serviços operam suas práticas podem estar mais diretamente relacionadas à capacidade do atendimento, seja ele, como ele é realizado por médico, enfermeiro ou outro profissional. Outras práticas se relacionam mais à articulação com os territórios, tomadas de decisão para melhoria da atenção à saúde.

O *Gerenciamento técnico do trabalho* refere-se às condições que dão suporte e estruturam o processo de produção de serviços, qualificando o conjunto das atividades dos serviços de saúde. Essas práticas podem mudar o acesso conforme sua organização.

Utilizamos para orientar a construção dos indicadores desse estudo os manuais do *QualiAB* disponibilizados no site: <http://www.abasica.fmb.unesp.br/>.

Chamamos de *Capacidade de resposta* essa condição prévia dos serviços estudados, distribuída em 03 domínios: *Disponibilidade de recursos*; um segundo relacionado à *Operação direta da assistência*; e um terceiro domínio referente ao *Gerenciamento técnico do trabalho*, distribuídos em 122 indicadores, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2 - Síntese do modelo teórico da avaliação da capacidade organizacional de resposta da atenção primária à saúde, segundo número de indicadores, por domínio e subdomínio

Domínios	Subdomínios	Número de indicadores
Disponibilidade de recursos	1. Instalações físicas	8
	2. Disponibilidade de Medicamentos e insumos	10
	3. Disponibilidade de Vacinas	9
	4. Exames realizados ou colhidos na unidade e Procedimentos médicos e enfermagem realizados na unidade	16
	5. Composição de equipe	8
Total de indicadores no domínio Disponibilidade de recursos		51
Operação direta da assistência	1.Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda	6
	2.Convocação de faltosos em atividade agendada	7
	3.Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade	9
	4. Uso adequado de protocolos	15
	5. Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento	13
Total de indicadores no domínio Operação direta da assistência		50
Gerenciamento técnico do trabalho	1. Planejamento e avaliação e registro de informações	11
	2. Reuniões da unidade	3
	3. Ouvidoria	4
	4. Temas abordados nas reuniões de conselho gestor	3
Total de indicadores no domínio Gerenciamento técnico do trabalho		21
TOTAL de indicadores da Capacidade de resposta da APS		122

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Disponibilidade de Recursos

Para o domínio *Disponibilidade de recursos* foram definidos 5 indicadores. De acordo com o já mencionado, foram selecionadas no *QualiAB* questões ou variáveis para a definição de aspectos relativos à estrutura física, disponibilidade de insumos e medicamentos e equipe. De tal forma esse novo indicador passa a ser contabilizado se esses dois componentes forem assinalados. Algumas questões mescladas permitiram estimar melhor a variável, por exemplo, *possuir vídeo e TV* foi mesclado com *realiza atividades educativas*. Outros indicadores relativos à *disponibilidade de medicamentos* inclui os medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, para as transmissíveis, como Tuberculose, para a contracepção, e outros, que em sua maioria faziam parte de uma lista pactuada entre gestão estadual e gestão dos municípios. Muitas dessas pactuações não estavam necessariamente previstas nos manuais do Ministério da Saúde, mas sim em documentos da Secretaria de Estado da Saúde. É o caso de definições e deliberações da Comissão Bipartite, publicadas em Diário Oficial do Estado e União. Isto se observa também, no caso da pílula do dia seguinte, ou à oferta de alguns tratamentos de DST e testes rápidos para HIV/Sífilis. As vacinas que constam no instrumento foram aquelas preconizadas no calendário vacinal para o Estado de São Paulo naquele momento.

A disponibilidade de procedimentos incluiu práticas relativas à aplicação de medicamentos, suturas, e cauterização em ginecologia. Nesse subdomínio, a aplicação de tratamento de penicilina benzatina foi pontuado separadamente de outras aplicações de tratamento intramuscular. Isso porque esse procedimento teve sua aplicação restringida a equipamentos hospitalares, mesmo com a reiterada orientação dos órgãos oficiais para seu uso em serviços de fácil acesso à população.

Quadro 3 - Composição do subdomínio Disponibilidade de medicamentos e insumos, do domínio Disponibilidade de recursos

Indicadores
Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
Os medicamentos essenciais, inclusive insulina não costumam faltar
A unidade disponibiliza Pílula (anticoncepcional oral)
A unidade disponibiliza anticoncepcional injetável
A unidade disponibiliza Pílula do dia seguinte
Fornece o glicosímetro para diabéticos insulínodospendentes cadastrados
Camisinha (preservativo masculino)
Preservativo feminino
DIU
Diafragma

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Finalmente, ainda nesse domínio *Disponibilidade de recursos*, foram construídos indicadores para avaliar a equipe de saúde. Foram pontuados serviços com equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeira, auxiliar ou técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário, psicólogo, farmacêutico e auxiliar administrativo ou recepcionista. Foram considerados como existente no serviço *possuir pelo menos um profissional da categoria, seja ele fixo ou volante*. Os profissionais volantes foram considerados porque existem serviços com grande dificuldade de fixação de profissionais, sendo esta uma característica, principalmente dos pequenos municípios.

Operação direta da assistência

A *Operação direta da assistência* contém questões referentes a práticas, realizadas ou pretendidas, e que podem indicar se o serviço disponibiliza outros cuidados para além da simples oferta de consulta. Para essa *Operação direta da assistência* foram definidos 5 subdomínios: 1. O *primeiro contato* do usuário com o serviço de saúde e *agendamento das consultas*; 2. *Convocação de faltosos*; 3. *Estruturação das ações na comunidade*; 4. *Incorporação dos*

protocolos de atenção a populações de risco; 5. Cuidados a pacientes em processo de envelhecimento.

No subdomínio *primeiro contato*, foram considerados os indicadores que avaliam o modo de lidar com a demanda espontânea, isto é, se o serviço garante alguma resposta realizada por profissional médico ou de enfermagem não momento da procura realizada pelo usuário.

No *agendamento* foram pontuados aqueles serviços que utilizavam hora marcada, seja por grupo de pacientes ou individualmente. Essa orientação tem como uma de suas bases o Cadernos de AB, *“O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda. Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, e maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados (agravando o acesso). Sempre que possível, realizar o agendamento por hora marcada, nos diferentes formatos possíveis, é uma estratégia que possibilita, por um lado, a atenção em tempo oportuno à maior parte dos “casos agudos” que apresentam maior risco ou sofrimento e, por outro lado, auxilia na melhor distribuição do número de usuários na unidade ao longo do dia, evitando superlotação, desconforto e tensões”* (Brasil, 2012).

Diz respeito ao *agendamento*, a relação entre as consultas por demanda espontânea a as que são marcadas previamente. A proporção de consultas de demanda espontânea foi definida através de cálculo realizado com informações dos serviços sobre número de consultas médicas atendidas no último mês e número de consultas não agendadas, no mesmo período. Foram assim pontuados os serviços que apresentaram proporção de atendimentos a demanda espontânea menor que 30% do total de consultas. Apoiamos esse critério nos Cadernos Demanda espontânea, nos quais se fala em consultas programadas no mínimo de 50%, sendo o restante das consultas entre encaminhamentos (máximo 25%) e demandas imediatas (em torno de 16%).

O subdomínio *convocação de faltosos* foi incluído como um indicador de responsabilização da unidade frente aos usuários de sua área de abrangência. Essa responsabilização é muitas vezes confundida com controle de pessoas, tem sido alvo de críticas. Atualmente, essa tem sido uma questão bastante discutida entre serviços e usuários, principalmente frente a discussão dos direitos sexuais colocados como foco nas propostas e políticas, apesar desta ser uma reivindicação pontuada já desde a década de 1980, pelo movimento de mulheres. Na elaboração do *QualiAB* e à época da sua aplicação, a convocação de faltosos era considerada como valor positivo entre as ações desenvolvidas pelo serviço.

Quanto às *ações na comunidade*, temos as educativas e aquelas intersetoriais. As primeiras estão relacionadas em geral à promoção da saúde. A Promoção à Saúde pode ser compreendida a partir do referencial da Carta de Ottawa como “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo*” (Canadá, 1986). Embora não seja o único responsável pela promoção, o setor saúde, e neste, especialmente a Atenção Primária (AP), é considerado, há muito, *locus* privilegiado para ações de promoção. Nesse sentido, essas ações implicariam também a intersetorialidade.

Para as ações intersetoriais foram construídos indicadores que pontuaram o desenvolvimento de atividades especificamente na comunidade e que geralmente implicam na articulação de ações com outras instituições locais ou com outros setores da gestão municipal. Um exemplo é o caso de ações de preservação do meio ambiente, ou mesmo da prevenção a violências e maus tratos, que trazem uma multiplicidade de causas e determinantes, e que, portanto, não podem ser vistos como dependentes de uma única, secretaria, unidade ou setor.

Quadro 4 - Composição do subdomínio Uso adequado de protocolos, do domínio Operação direta da assistência

INDICADORES
Solicita mamografia anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres, com antecedentes de câncer de mama pessoais ou em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos ou A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos
O exame de citologia oncológica é oferecido a cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais.
Para gestantes são solicitados todos exames do protocolo
Para Crianças com menos de 2 anos são realizados Avaliação de peso, comprimento ou altura e Avaliação do perímetro cefálico e Desenvolvimento neuropsico motor.
Faz orientação de dieta, uso de insulina e pé diabético para o cuidado e autocuidado para pessoas com diabetes.
Faz exames anuais clínico-laboratoriais para pacientes com DM e HA
Faz ou encaminha exames anuais de fundo de olho para pacientes com DM e HA
Realiza protocolo completo para acidente perfuro cortante
Encaminha os casos de acidente perfuro cortante
Faz aconselhamento para testagem de sorologia nos casos de DST
Faz tratamento sintomático para DST ou Investiga e trata após confirmação de diagnóstico
Frente a casos de doenças de notificação compulsória preenche a ficha de notificação compulsória, realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
Faz encaminhamento para vasectomia e laqueadura
É realizado atendimento odontológico para todas gestantes, as crianças até 6 anos de idade e em idade escolar
Prevenção à sífilis congênita e transmissão vertical HIV – solicita 2 sorologias para HIV e sífilis 2 no pré-natal e realiza tratamento para gestante e parceiro na unidade.

Quanto ao subdomínio referente à *incorporação de protocolos*, devemos considerar que os *protocolos em saúde* têm como objetivo estabelecer critérios de diagnósticos das doenças, o tratamento e adequação de medicamentos, bem como estabelecer mecanismos para as boas práticas em saúde. Tendo

como base os últimos 30 anos- medicina baseada em evidência, os protocolos eram construídos para melhor segurança das intervenções na assistência, devendo ser constantemente avaliados, o que implica em acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas de suas proposições. (http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/protocolos_ab).

O uso adequado de protocolos foi considerado com base nos principais manuais técnicos do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Assim, foram selecionadas, do banco de dados do *QualiAB*, questões da saúde da mulher, criança, adulto e saúde bucal para a presente avaliação. Os protocolos foram então pontuados de acordo com os exames e cuidados solicitados de pacientes com *doenças crônicas*, procedimentos frente a *acidentes perfuro-cortante*, o rastreamento de *câncer de colo e de câncer da mama*, o rol de exames para o *pré-natal*, o acompanhamento de *crianças menores de dois anos*, o *tratamento as DST* e o cuidado e *encaminhamento a contracepção definitiva*. No quadro 3 detalhamos a composição desse subdomínio.

O último subdomínio da *Operação direta da assistência* teve como objeto o cuidado aos processos de envelhecimento ativo e de pacientes acamados. No momento em que este estudo foi realizado, embora os protocolos para o atendimento a idosos fossem muitos, ainda não haviam sido definidos e pactuados em publicações formais do Ministério ou da Secretaria de Estado da Saúde - SES. O que utilizamos aqui foram referências construídas no próprio manual do *QualiAB* e documentos parciais de programas municipais e iniciativas de alguns serviços (Ribeiro,2009).

Gerenciamento técnico do trabalho

Refere-se à abordagem das organizações mais gerais do serviço, que incorpora inclusive os contextos em que se inserem os serviços e o encontro com a comunidade, além da capacidade para aperfeiçoar o manejo de problemas e conflitos do cotidiano para produção assistencial.

O tópico quer valorizar as práticas da organização e também o estímulo e acompanhamento da participação dos sujeitos envolvidos nestas práticas (Nemes, 1999). Propomos avaliar algumas condições que os serviços possuem para propiciar a participação dos sujeitos em espaços de discussão da saúde. A construção feita neste estudo teve como propósito destacar ações indicativas da relação do serviço com a comunidade, com as decisões do nível central e com a possibilidade de reconhecer agravos e necessidades de saúde específicas de um território.

O *Gestão do trabalho* foi dividido em 4 subdomínios, sendo o primeiro o planejamento, avaliação e registro de informações. No segundo subdomínio, *reuniões da unidade*, foram avaliadas as realizadas com nível central, as reuniões de equipe e a pauta dessas reuniões. O terceiro subdomínio pontuou a *existência de ouvidoria* e o subdomínio final pontuou os *temas abordados em reuniões do Conselho Gestor*, considerando os indicadores que apontaram para temas relativos a atendimento, ações educativas na comunidade e responsabilidade dos conselhos. Os três primeiros subdomínios foram pontuados pela sua existência ou não. Quanto ao quarto subdomínio, referente aos *temas abordados nas reuniões do conselho*, ele diz respeito à existência ou não de uma agenda prévia com conteúdos a serem discutidos nessas reuniões, e não simplesmente a existência ou não da própria reunião, no sentido de um planejamento prévio como indicador da preocupação da gestão com tais reuniões.

3.2 A construção das variáveis independentes

Arranjo Organizativo

Dada a diversidade dos tipos de serviços, optou-se por sua categorização em arranjos organizativos segundo as especialidades médicas existentes. Considera-se as especialidades médicas como “*proxy*” do modelo de organização concretamente operado no serviço. Assim, por exemplo, a presença de várias especialidades médicas em um mesmo serviço o aproxima

de um arranjo assistencial do tipo dos ambulatorios; um serviço que conta apenas com médicos de família e/ou clínicos nesta função o aproxima de um arranjo assistencial do tipo saúde da família. Para permitir a diferenciação entre a função exercida pelo profissional médico como médico de família ou clínica geral, incluímos na classificação os agentes comunitários de saúde. Esta classificação objetivou evitar o entendimento frequente de que designações oficiais diferentes signifiquem imediatamente modelos tecnológicos diferentes, tal como tem sido usual na atenção primária do Brasil em relação aos serviços designados como estratégia saúde da família (os PSF ou ESF) *versus* os designados como atenção básica (UBS) frequentemente adjetivada como “tradicionais”. Neste estudo vamos considerar a designação mais clássica desses serviços, baseado no modelo da programação, e que foi nomeado como Centro de Saúde.

Quadro 5 - Tipos de arranjos organizativos definidos com base na composição da equipe profissional

Tipos	Composição da equipe profissional
ESF	Somente médicos de saúde da família
Mix Centro de Saúde - ESF	Pelo menos um médico saúde da família e um clínico ou um ginecologista ou um pediatra + ACS
Centro de Saúde	Pelo menos um ginecologista, um clínico e um pediatra sem ACS
Volantes	Somente médicos volantes
PACS	Pelo Menos um Enfermeiro / Sem médico fixo ou volante + ACS
Outros	Nenhum dos descritos acima

ESF – Estratégia de Saúde da Família; PACS - Programa de Agente comunitário de Saúde; ACS - Agentes Comunitários de Saúde

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

O porte dos serviços

Para o porte dos serviços, categorizamos as informações obtidas do questionário *QualiAB* sobre o número de pessoas atendidas da área de abrangência do serviço de saúde, no último mês. Essa informação, fornecida pela gestão municipal, não foi utilizada nas frequências de respostas que

construíram as variáveis dependentes. O porte dos serviços foi categorizado como aqueles que realizaram menos de 200 consultas, aqueles que realizaram de 200 a 399 consultas, de 400 a 799 consultas, e os que realizaram mais de 800 consultas.

As variáveis relativas ao Perfil socioeconômico

Na construção do indicador *porte dos serviços* foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e dados do Departamento de Informática do SUS (Data-SUS).

O porte do município foi construído pela população dos municípios onde se localizam os serviços de APS. Os municípios foram então divididos em: menores que 20 mil habitantes, os com população entre 20 e 50 mil, entre 50 e 100 mil e os com mais que 100 mil. As condições socioeconômicas foram avaliadas pelo Índice de desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios do Estado de São Paulo.

As variáveis relativas ao Apoio do Estado

Apoio Financeiro

Desde os processos de municipalização, a gestão estadual tem organizado iniciativas de apoio à APS junto aos municípios. Entre elas um programa de apoio financeiro, o *Programa Qualis*, instituído desde 2000, principalmente em municípios menores e de baixo IDH. Em 2007 a gestão de saúde estadual institui o *Programa Qualis Mais* com ampliação do apoio financeiro a municípios com mais de 100 mil habitantes e atualmente conta também com um componente *per capita* a todos os municípios do Estado. Foi considerada a parcela de municípios que fizeram parte dessa política desde o início do programa, em 2000 até a mudança do financiamento em 2007; uma segunda categoria foi a dos municípios que não recebiam apoio financeiro e

passaram a receber a partir de 2007 e a terceira categoria foi a dos municípios que não receberam apoio financeiro.

Apoio técnico

Em 2009, o Programa - Articuladores de Atenção Básica foi criado como uma política de apoio da SES-SP para os municípios, priorizando aqueles com população inferior a 100 mil habitantes e com o objetivo de auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica. Esses profissionais, de diversas áreas da Secretaria de Estado, possuíam experiências distintas, ou em gestão, seja no município ou estado, ou na assistência. Para criação da variável *Apoio técnico* foram criadas as seguintes categorias: 1. Serviços que não possuíam apoio técnico; 2. Serviços possuíam apoio técnico realizado por profissionais com experiência em gestão; e 3. Serviços que possuíam apoio realizado por profissionais com experiência em assistência de atenção Básica.

Aspectos éticos

A aplicação do *QualiAB* no Estado de São Paulo foi realizada por meio de um sistema *on-line* através do qual o gestor municipal que se interessasse a participar do processo avaliativo fizesse adesão. Mediante a assinatura de Consentimento Informado sobre a aplicação e utilização dos dados da avaliação, e cadastramento das unidades básicas o gestor definia as unidades que responderiam ao questionário. Em seguida, o responsável imediato (gerente) das unidades, mediante o cadastramento de uma senha aderiu ao questionário. Não houve definição prévia do que se entendia por unidade básica como critério de participação. Essa concepção dependia essencialmente do entendimento do gestor de cada município. As equipes tinham a possibilidade de responder ao questionário no tempo que desejassem, dentro de um prazo estabelecido. Finalizado o questionário, uma cópia da resposta era enviada em tempo real para o Articulador de Atenção

Básica (um apoiador Institucional), e uma cópia com as respostas do questionário e o valor da pontuação final da avaliação, era enviada ao gestor municipal. Os resultados também foram posteriormente encaminhados a todos os municípios que aderiram ao processo. Por meio eletrônico os municípios tiveram acesso: a pontuação final de cada unidade, ao banco de respostas do conjunto delas e ao guia com os critérios e padrões utilizados. Foi garantido sigilo na identificação dos serviços participantes. Cada unidade recebeu sua própria nota e o gestor municipal as notas de todos os serviços da rede básica sob sua gestão.

3.3 Os testes estáticos

Os indicadores descritos no quadro de indicadores e participantes dos domínios *Disponibilidade de recursos*, *Operação direta da Assistência* e *Gestão do trabalho*, foram traduzidos para um sistema binário, no qual um (1) correspondeu à resposta sim (o serviço possuía ou fazia a ação considerada ou a intenção considerada); e zero (0) à resposta negativa.

Obtivemos, então, a frequência de respostas, que corresponderam ao número absoluto de serviços de AB que desempenha cada recurso ou processo avaliado pelo indicador. O desempenho geral de cada serviço, dado pelo conjunto dos indicadores, foi graduado entre 0 e 100. Foram calculadas as medidas de tendência central obtidas pelo conjunto dos serviços para cada um dos indicadores, subdomínios e domínios.

Para análise do desempenho dos serviços para *Capacidade de resposta*, assim como a comparação dos desempenhos de cada um dos domínios e subdomínios, empregou-se o teste de Friedman – um teste não paramétrico de análise de variância, que permite verificar a contribuição de cada um para composição da dimensão. As relações entre agrupamentos foram realizadas através de comparações e correlações. A comparação entre os domínios e subdomínios, tomados dois a dois, foi obtida por meio das

comparações múltiplas não-paramétrica de Dunn, que permite verificar a participação relativa de cada domínio e subdomínio na dimensão.

O coeficiente de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre os subdomínios e a dimensão *Capacidade Organizativa de Resposta*. O coeficiente positivo entre pares permite afirmar uma forte correlação entre os subdomínios e domínios e entre os domínios e a dimensão geral do estudo.

Os indicadores dos domínios e subdomínios acima apresentados foram recompostos para formar os já mencionados grupos de qualidade dos serviços. Os grupos foram definidos através da média de frequência de respostas para cada subdomínio e através das K-médias dos subdomínios. Tendo em vista a hipótese de que a qualidade dos serviços está associada com variáveis tais como: tipos de arranjos organizativos das unidades de AB; porte das unidades; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); porte do município em que estão localizados os serviços examinados; e apoio técnico e financeiro da Secretaria de Estado da Saúde, foi construído um modelo de análise baseado em regressão logística, com intervalo de confiança de 95% e o estabelecimento da significância estatística de 0,05.

PARTE II

4. RESULTADOS

4.1 Respostas dos serviços

Responderam ao *QualiAB* 2735 serviços de APS do interior do Estado de São Paulo; a maioria localizados em municípios de até 100.000 habitantes.

A seguir são apresentadas as frequências simples de respostas dos serviços às questões do *QualiAB* que compuseram os domínios da *Capacidade de resposta*. Os resultados das tabelas se somam aos resultados descritos a seguir. (No anexo estão as tabelas completas, com todos os dados).

Tabela 1 - Número e porcentagem de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB segundo porte populacional do município de localização. 2010. N=2725

População	N de municípios do Estado	N de serviços que responderam ao QualiAB	N de unidades registradas no CNES	Serviços do QualiAB/ serviços AB registrados no CNES
Menos de 20.000 hab.	401	838	1085	77,2%
De 20.001 a 50.000 hab.	120	690	951	72,5%
De 50.001 a 100.000 hab.	49	405	632	64,0%
Mais de 100.001 hab.	75	802	2489	32,2%
Total	645	2.735	5.157	70,75%

FONTE QualiAB 2010; a autora. Censo 2010; IBGE. DATASUS; CNES.

Domínio Disponibilidade de Recursos

Em relação às *Instalações físicas* chama à atenção que cerca de pouco menos da metade dos serviços não conta com acesso à internet. A presença de banheiro no consultório ginecológico é referida por 48,2% das unidades, embora 91,7% refira possuir mesa ginecológica. (Tabela 9)

Tabela 2 – Número e porcentagem de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo da estrutura física relatada pelos que responderam o QualiAB 2010. N = 2735

Estrutura Física	N	%
Tem sala de espera	2503	91,5
Ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada.	2070	75,7
Possui bebedouro e quadro de informações	2049	74,9
Tem banheiro dentro do consultório ginecológico	1607	58,8
Possui microcomputadores e ter acesso a internet	1520	55,6
Possui TV e vídeo para exposição temas de educação em saúde	425	15,5
Tem pintura em bom estado de conservação	1602	58,6
Tem mesa para exame ginecológico	2507	91,7

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Quanto à disponibilização de medicamentos e insumos, 58,6 % dos serviços afirma que os medicamentos essenciais não costumam faltar. Referem encontrar obstáculos na regularidade de suprimento de medicamentos e insumos 31% dos serviços.

Referem possuir possuem medicamentos para tratamento das DST 47% dos serviços.

Contraceptivos hormonais orais encontram-se disponibilizados na grande maioria dos serviços (94%) assim como o preservativo masculino (94,9%). Para outros métodos, a disponibilidade é menor: 48,9% para dispositivo intrauterino (DIU), 31,6% para preservativo feminino e 2,2% para diafragma. A pílula do dia seguinte é disponibilizada por 33,9% dos serviços.

Na disponibilidade de procedimentos chama a atenção a irregularidade. Assim, a oferta de coleta de escarro para exame de tuberculose, procedimento extremamente simples e há muito tempo incorporado na APS, foi relatada por

apenas 69,5% dos serviços. Na mesma direção, apenas 55,8% refere oferta de Beta HCG ou Teste Imunológico de Gravidez – TIG, para teste de gravidez no serviço.

Por outro lado, 96,7% dos serviços relata a oferta de teste de glicemia de ponta de dedo, procedimento cuja incorporação maciça se deu apenas em 2009, a partir de decisão da Comissão Bipartite, resultante de pressão de organizações da sociedade civil. A implementação do glicosímetro na rede pública foi acompanhada de extensa divulgação e definição de protocolo específico.

**Tabela 3 – Número de procedimentos médicos e de enfermagem, relatado pelos serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010
N = 2735**

Procedimentos	N	%
Faz Glicemia de ponta de dedo (HGT)	2644	96,7
Avalia Concentração de açúcar na urina (glicofita)	141	5,2
Realiza Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG	1499	54,8
Faz teste rápido de HIV	157	5,7
Colhe exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)	1837	67,2
Colhe material para teste do pezinho	1173	42,9
Colhe Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)	2543	93,0
Colhe Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)	1902	69,5
Curativo, Retirada de pontos e inalação	2362	86,4
Suturas	909	33,2
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	1138	41,6
Hidratação por via venosa	1422	52,0
Aplicação de tratamento endovenoso	1666	60,9
Aplicação de tratamento intramuscular	2477	90,6
Drenagem de abscessos	1113	40,7
Cauterização em ginecologia	1114	40,7

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Chama a atenção que em um contexto onde a eliminação da sífilis congênita tem sido mais e mais enfatizada nas políticas de saúde e embora a grande maioria dos serviços reporte condições de oferecer aplicação de medicamentos intramuscular, menos da metade refere aplicação de penicilina benzatina.

A tabela a seguir mostra a composição das equipes. A maioria relata ter pelo menos um médico, fixo ou volante e, a grande maioria, pelo menos um enfermeiro fixo.

Tabela 4 - Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, que responderam ao QualiAB 2010, segundo relato referente à pelo menos 1 profissional de cada categoria na composição da equipe. N = 2735

Profissionais	N	%
Médicos	2414	88,3
Enfermeiros	2527	92,4
Dentista	1855	67,8
Psicólogo	573	21,0
Terapeuta Ocupacional	64	2,3
Assistente social	380	13,9
Nutricionista	301	11,0
Fonoaudiólogo	360	13,2
Fisioterapeuta	478	17,5
Farmacêutico	671	24,5
Agente Comunitário	1696	62,0
Auxiliar ou técnico de enfermagem	2659	97,2
Auxiliar dentista	1489	54,4
Técnico dentista	178	6,5
Auxiliar de farmácia	612	22,4
Recepção (administrativo)	2110	77,1

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Entre os serviços 49,5% referiram possuir ao menos um médico de família fixo e 3,2% ao menos 1 volante; 48% referiram possuir ao menos um clínico geral fixo e 12% volantes, 44,5% referiram ao menos 1 pediatra fixo, e 16% volantes e 42,5% referiram ao menos um ginecologista fixo e 16% volante. 22,6% relataram possuir ao menos um médico de outras especialidades. Chama a atenção que 12% relataram não possuir médico, nem mesmo volante. Embora estes serviços tenham, evidentemente, sua capacidade de resposta reduzida, a presença de equipe de enfermagem com enfermeiros fixo, permite a organização de algumas importantes ações como a vacinação, o rastreamento de alguns agravos e, evidentemente, as de vigilância e de promoção. Assim, serviços de localidades nas quais a presença

de médicos é extremamente difícil, podem representar um ponto de atenção relevante, desde que coordenados em uma efetiva rede de saúde.

Operação direta da assistência

A maioria dos serviços (91,5%) refere ter ao menos 1 profissional médico ou enfermeiro que realiza consulta no mesmo dia da procura do serviço pelo usuário, o que permite, assim, respostas clínicas prontas para a demanda espontânea. No entanto, não se espera que a resposta clínica à demanda espontânea constitua a maior parte, ou mesmo a única resposta de um serviço de APS, como referido por 43,3% dos serviços.

Tabela 5 – Número de serviços de atenção primária à saúde em do Estado de São Paulo, segundo proporção de consultas de demanda espontânea em relação ao total de consultas realizadas no último mês, que responderam ao QualiAB, 2010. N=2422*

%	Nº de serviços	% dos serviços
De 0 a 5	245	10,12
De 5,01 a 30	1127	46,53
De 30,01 a 50	437	18,04
De 50,01 a 70	224	9,25
De 70,01 a 100	389	16,06
TOTAL	2422	100

* 313 *Missings* dos serviços que não responderam a questão

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Uma das bases para a utilização de protocolo de risco para a demanda espontânea é a de melhorar a precisão no reconhecimento de demandas que não “cabem” em um pronto atendimento médico. Porém, apenas 21,9% dos serviços referiram aplicá-lo rotineiramente.

Em relação à convocação de faltosos, tradicional dispositivo da APS, a maioria dos serviços referiram utilizá-la para exames alterados, gestantes e vacinação. Para revisão de pós-parto e puerpério, adultos crônicos, crianças de risco, doenças de notificação como tuberculose e hanseníase, as proporções são menores.

Tabela 6 - Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, responderam o QualiAB 2010, quanto ao relato de convocações de faltosos. N=2735

Indicadores	N	%
A convocação de faltosos é feita em casos de revisão pós-parto/puerpério	1813	66,3
A convocação de faltosos é feita para resultado (s) de exame (s) alterado (s)	2335	85,4
A convocação de faltosos é feita para adultos com HA e DM com risco de complicações	1711	62,6
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos, crianças em seguimento de puericultura e até dois anos	703	25,7
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos de risco e crianças de risco	1435	52,5
A convocação de faltosos é feita para vacinação	2174	79,5
A convocação de faltosos é feita para casos de tuberculose e hanseníase	1849	67,6

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

A maioria das atividades de promoção referidas pelas unidades são as de controle e proliferação de vetores. Atividades com outras instituições ou outros setores são referidas por cerca de metade dos serviços.

O tema da violência doméstica, embora já plenamente incorporado como questão para a saúde pública, teve abordagem educacional referida por apenas 24,1% dos serviços.

Tabela 7 – Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, segundo relato das atividades de promoção à saúde realizadas, que responderam o QualiAB, 2010. N = 2735

Atividades	N	%
São realizadas atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)	1600	58,5
São feitas ações de articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)	1264	46,2
Ações educativas para atividades físicas e nutrição	991	36,2
Ações de educação na comunidade sobre Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc.)	778	28,4
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais	376	13,7
Ações de educação sobre Violência Domésticas e Maus tratos	659	24,1
Ações sobre uso de álcool e drogas	970	35,5
Ações de educação sobre tabagismo	1065	38,9
Ações de controle da proliferação de vetores na comunidade (dengue, leishmaniose, etc.)	1916	70,1

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

O protocolo adequado de coleta de exame de Papanicolaou é referido por apenas 9,6% dos serviços. A maioria permanece recomendando o exame anual para todas as mulheres, contra todas as evidências e recomendações de base epidemiológica. Na mesma direção, apenas 25% dos serviços refere a realização de protocolo completo e adequado para os exames de pré-natal. A maioria realiza exames desnecessários na rotina (como, por exemplo o próprio exame de Papanicolaou e/ou deixa de realizar protocolo correto de exames necessários, como, por exemplo os de detecção da sífilis e da infecção pelo HIV.

Para o protocolo de rotina frente à acidentes perfuro-cortante poucos serviços conseguem estabelecer todos os procedimentos previstos. No entanto, como uma grande parte realiza encaminhamento para serviço de referência, esse procedimento foi considerado no estudo como resposta adequada.

Tabela 08 - Número de serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, segundo o relato do uso de protocolos, que responderam ao QualiAB,2010. N = 2735

Protocolos	N	%
Solicita mamografia anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres, com antecedentes de câncer de mama pessoais ou em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos ou A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos	1743	63,7
O exame de citologia oncótica é oferecido a cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais.	262	9,6
Para gestantes são solicitados todos exames do protocolo	524	19,2
Para Crianças com menos de 2 anos são realizados Avaliação de peso, comprimento ou altura e Avaliação do perímetro cefálico e Desenvolvimento neuro psico motor.	1706	62,4
Faz orientação de dieta, uso de insulina e pé diabético para o cuidado e autocuidado para pessoas com diabetes.	1696	62,0
Faz exames anuais clínico-laboratoriais para pacientes com DM e HA	2405	87,9
Faz ou encaminha exames anuais de fundo de olho para pacientes com DM e HA	1252	45,8
Realiza protocolo completo para acidente perfuro cortante	633	23,1
Faz aconselhamento para testagem de sorologia nos casos de DST	1956	71,5
Faz tratamento sintomático para DST ou Investiga e trata após confirmação de diagnóstico	2071	75,7
Frente a casos de doenças de notificação compulsória preenche a ficha de notificação compulsória, realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	2039	74,6
Faz encaminhamento para vasectomia e laqueadura	1801	65,9
Realiza atendimento odontológico para todas gestantes, as crianças até 6 anos de idade e em idade escolar	1178	43,1
Para prevenção à sífilis congênita e transmissão vertical HIV – solicita 2 sorologias para HIV e sífilis 2 no pré-natal e realiza tratamento para gestante e parceiro na unidade.	155	5,7

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

Domínio Gerenciamento Técnico

Referem a definição da área de abrangência por meio de planejamento local 62% dos serviços, proporção próxima a dos que referem utilizar os dados obtidos no serviço para redimensionar a oferta de atendimento (57,4%). Porém, os registros de dados básicos para o monitoramento e planejamento é referido por baixas proporções de serviços.

Tabela 9 - Número de serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo o relato de atividades relativas á Planejamento, avaliação e registro de informações, que responderam o QualiAB 2010. N = 2735

Atividades de planejamento, avaliação e registro de informação	N	%
A área de abrangência é delimitada por planejamento	1712	62,6
Os dados de produção assistencial são utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos na unidade	1569	57,4
Os exames são avaliados quando os resultados chegam na Unidade	1365	49,9
Os dados epidemiológicos são utilizados para planejamento de novas ações de saúde na unidade	2050	75,0
No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada para reprogramação das atividades	1447	52,9
Número de faltas em consulta médica	1012	37,0
Número de atendimentos em grupo	1835	67,1
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	704	25,7
Número de pacientes atendidos por faixa etária	2228	81,5
Número de pacientes atendidos por sexo	1034	37,8
Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)	1340	49,0

FONTE: QualiAB 2010, a autora.

A maioria dos serviços (57%) reporta participar de reuniões periódicas com o nível central do município nas quais o principal tema referido foi a organização do trabalho e temas relativos a atualizações técnicas (95 %).

Nas reuniões com o Conselho de Saúde os temas abordados não incluíram questões relativas ao planejamento conjunto de ações. O tema dos

direitos e das responsabilidades do conselho aparece em menos de 20% das unidades. Relataram não ter conselho gestor 43,5% dos serviços. Entre os que contam com conselho gestor 11,3% refere não ter havido reunião no último ano

4.2 Capacidade de resposta

A *Capacidade de resposta* média dos serviços foi de 56,5%. O gráfico 1 mostra a distribuição das médias dos subdomínios.

Gráfico 1 - Distribuição dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo a média dos subdomínios na Capacidade de resposta em APS. QualiAB, 2010

O teste de Friedman, utilizado para comparar a diferença de desempenho dos serviços segundo domínios e subdomínios, permitiu reconhecer a contribuição de cada um deles no escore criado para a *Dimensão Capacidade de resposta*. Com o histograma foi possível perceber também os extremos e variabilidade no valor de desempenho dos serviços. Os histogramas relativos a cada domínio encontram-se em anexo.

Tabela 10 - Desempenho dos serviços de atenção primária à saúde na Capacidade de resposta da APS: comparação entre domínios e subdomínios e distribuição dos serviços segundo média de desempenho, 2010. (N = 2735)

Domínios e Subdomínios		Média	DP^a	Mediana
Capacidade de resposta da APS		56,65	14,75	58,20
Domínio	Disponibilidade de recursos	62,05	17,71	66,67
Subdomínios	Instalações físicas	65,28	20,36	62,50
	Disponibilidade de Medicamentos e insumos	54,59	21,74	60,00
	Disponibilidade de Vacinas aplicadas na unidade	72,46	41,44	100,00
	Exames realizados ou colhidos na unidade e Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina	55,07	20,20	56,25
	Composição da equipe	70,38	18,70	75,00
Domínio	Operação direta da Assistência	52,52	18,03	54,00
Subdomínios	Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda	61,51	19,84	66,67
	Convocação de faltosos em atividade agendada	62,78	29,16	71,43
	Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade	39,08	28,91	33,33
	Uso adequado de protocolo	52,92	17,97	53,33
	Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento	51,71	26,39	53,85
Domínio	Gerenciamento técnico do trabalho	53,39	18,45	52,38
Subdomínios	Planejamento, avaliação e Registro de informações	54,17	23,10	54,55
	Reuniões da unidade	71,09	28,53	66,67
	Ouvidoria	52,21	26,88	50,00
	Temas abordados no conselho gestor da unidade	34,43	39,91	0,00

Teste de Friedman: $p < 0,001$ para todos os valores.

Notas: ^a Desvio Padrão

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

Todas as médias foram significativamente diferentes entre si.

O domínio *Disponibilidade de recursos* foi o que mais contribuiu para a *Capacidade de resposta*, seguido pelos domínios de *Gerenciamento técnico do trabalho* e *Operação direta da assistência*.

Tabela 11 - Comparação entre os diferentes domínios que compõe a Capacidade de resposta da atenção primária à saúde, por meio das comparações múltiplas não paramétricas de Dunn, QualiAB 2010. N = 2735

Domínios comparadas	Diferença média	Erro padrão	p	IC (95%)	
				Inferior	Superior
Disponibilidade de recursos X Operação direta da assistência	9,52	0,36	<0,001	8,67	10,38
Disponibilidade de recursos X Gerenciamento técnico do trabalho	8,65	0,38	<0,001	7,75	9,56
Operação direta da assistência X Gerenciamento técnico do trabalho	-0,87	0,3	0,011	-1,59	-0,15

FONTE: QualiAB 2010; a autora

Tomados dois a dois mediante comparação não-paramétrica de Dunn, o domínio *Disponibilidade de recursos* foi o que mais influenciou o desempenho dos demais domínios.

A correlação entre a *Capacidade de resposta* e a *Disponibilidade de recursos*, a *Operação direta da assistência* e o *Gerenciamento técnico do trabalho* mostrou boa intensidade.

Tabela 12 - Correlações entre a Capacidade de resposta e os domínios que a compõem, 2010. N = 2735

Subdomínios	Coefficiente de correlação
Disponibilidade de recursos	,785**
Operação direta da assistência	,846**
Gerenciamento técnico do trabalho	,721**

Teste: correlação de Spearman. $p < 0,001$ para todos os valores.

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

A correlação entre os todos os subdomínios do domínio *Disponibilidade de recursos* mostrou boa intensidade, à exceção apenas do subdomínio de instalações física, de menor intensidade.

Tabela 13 - Correlações entre o domínio Disponibilidade de recursos e os subdomínios que o compõem, 2010. N = 2735

Subdomínios	Coeficiente de correlação
Instalações físicas	,553**
Disponibilidade de medicamentos e insumos	,684**
Disponibilidade de vacinas aplicadas na unidade	,730**
Exames realizados ou colhidos na unidade e procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina	,835**
Composição da equipe	,619**

Teste: correlação de Spearman. $p < 0,001$ para todos os valores.

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

A correlação entre os todos os subdomínios do domínio de *Operação direta da assistência* mostrou boa intensidade, à exceção apenas do subdomínio de demanda espontânea, acolhimento e organização da agenda, cuja correlação foi de baixa intensidade.

Tabela 14 - Correlações entre o domínio Operação direta da assistência e os subdomínios que o compõe, 2010. N = 2735

Subdomínios	Coeficiente de correlação
Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda	,403**
Convocação de faltosos em atividade agendada	,744**
Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade	,731**
Uso adequado de protocolo	,763**
Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento	,850**

Teste: correlação de Spearman. $p < 0,001$ para todos os valores.

FONTE: QUALIAB 2010, a autora.

A correlação entre os todos os subdomínios do domínio de *Gerenciamento técnico do trabalho* mostrou boa intensidade, à exceção apenas do subdomínio de temas abordados no conselho gestor, cuja correlação foi de baixa intensidade.

Tabela 15 - Correlações entre o domínio Gerenciamento técnico do trabalho e os subdomínios que o compõe, 2010. N = 2735

Subdomínios	Coeficiente de correlação
Planejamento, avaliação e registro de informações	,865**
Reuniões da unidade	,551**
Ouvidoria	,542**
Temas abordados no conselho gestor da unidade	,459**

Teste: correlação de Spearman. $p < 0,001$ para todos os valores.

FONTE: QualiAB 2010; a autora.

4.3. Agrupamento de serviços segundo Capacidade de resposta

Mediante a técnica de agrupamento por K-médias foram delimitados dois grupos: os serviços com Capacidade Satisfatória (CS) e outro com Capacidade Insuficiente (CI). O grupo CS teve menor dispersão e mostrou medianas das K-medias de 73,82 para *Disponibilidade de recursos*, de 66,8 para a *Operação direta da assistência* e de 67,8 para o gerenciamento técnico.

Gráfico 2 - Grupo de Capacidade de resposta, das médias dos subdomínios distribuídos nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI)

Os gráficos a seguir apresentam os dois grupos segundo cada um dos domínios. Quando analisados separadamente observa-se que ainda é a *Disponibilidade de recursos* o domínio que coloca o maior número de serviços no grupo Capacidade Insatisfatório (CI).

Gráfico 3 - Capacidade de resposta, segundo Disponibilidade de recursos nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade insuficiente (CI)

Gráfico 4 - Capacidade de resposta, segundo Operação direta da assistência nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI)

Gráfico 5 - Capacidade de resposta, segundo Gerenciamento técnico do trabalho nos grupos Capacidade Satisfatória (CS) e Capacidade Insuficiente (CI)

A tabela a seguir, descreve o desempenho dos domínios e subdomínios da *Capacidade de resposta* segundo o arranjo organizativo predominante nos serviços, conforme definido na metodologia.

Tabela 16 – Distribuição dos arranjos organizativos nos indicadores de Capacidade de resposta por domínios e subdomínios dos serviços, segundo média de desempenho, QualiAB 2010. N=2735

Arranjo Organizativo										
Domínio e subdomínio	Saúde da Família		CENTRO DE SAÚDE		MIX CENTRO DE SAÚDE –ESF		Volantes ou PACS		TOTAL	
	(N=502)		(N=1144)		(N=762)		(N=318)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Capacidade organizativa da APS	287	57,2	633	55,4	483	63,3	143	45,1	1551	56,7
Domínio disponibilidade de recursos	298	59,3	755	66,1	526	69	153	48,2	1738	63,5
Instalações físicas (8 indicadores)	311	61,9	774	67,6	517	67,9	176	55,4	1785	65,2
Disponibilidade de Medicamentos e insumos (10 indicadores)	256	51	645	56,6	446	58,5	141	44,2	1493	54,6
Subdomínios Disponibilidade de Vacinas na unidade (9 indicadores)	316	62,9	909	79,7	580	76,1	169	53	1982	72,5
Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina (16 indicadores)	261	51,9	646	56,6	466	61,2	128	40,2	1506	55,1
Composição da equipe (8 indicadores)	345	68,8	800	70,1	620	81,4	153	48	1925	70,4
Domínio operação direta da Assistência	296	59	553	48,5	475	62,3	137	43,1	1466	53,6
Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda (6 indicadores)	309	61,5	713	62,4	481	63,1	173	54,4	1682	61,5
Monitoramento de faltosos em atividade agendada (7	356	70,8	646	56,6	556	72,9	155	48,7	1717	62,8
Subdomínios Realização de ações de promoção e de educação em saúde na comunidade (9 indicadores)	219	43,6	370	32,4	379	49,8	97	30,6	1069	39,1
Uso adequado de protocolo (15 indicadores)	275	54,8	588	51,5	445	58,4	135	42,6	1447	52,9
Cuidado a pacientes com limite de deambulação (13	322	64,1	451	39,5	512	67,3	125	39,4	1414	51,7
Domínio gerenciamento técnico do trabalho	268	53,3	590	51,7	447	58,7	140	44	1449	53
Planejamento, avaliação e Registro de informações (11	297	59,2	568	49,8	475	62,3	137	43	1481	54,2
Subdomínios Enfoque das reuniões da unidade (3 indicadores)	385	76,6	755	66,1	602	79	197	62,1	1944	71,1
Ouvidoria (4 indicadores)	242	48,1	623	54,6	420	55,2	140	43,9	1428	52,2
Enfoque das reuniões do conselho gestor da unidade (3	147	29,2	414	36,3	292	38,3	86	26,9	942	34,4

Fonte: QualiAB 2010, a autora.

Os serviços de arranjo tipo mix, obtiveram maior média geral, assim como nos três domínios e em 13 dos quatorze subdomínios. Os serviços do tipo ESF tiveram a maior média no subdomínio de Planeamento, avaliação e registro de informações e os serviços tipo Centro de Saúde no subdomínio de Enfoque das reuniões do conselho gestor da unidade. Em anexo segue a distribuição detalhada das médias apresentadas na metodologia.

Fatores associados à dimensão Capacidade de Reposta

Foram testadas as associações entre o pertencimento ao grupo de *Capacidade Satisfatória* de resposta e todas as variáveis independentes. Da análise foram excluídos os 12 serviços de arranjo organizativo “outros”. Todas as variáveis foram ajustadas em modelos de regressão logística múltiplo, a seguir apresentados.

Tabela17 - Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de Capacidade Satisfatória de Resposta (CS) de serviços de atenção primária à saúde, que responderam ao Questionário QualiAB. 2010. N=2735**

Variável	Grupo de Capacidade de Resposta				Total	OR não ajustado	IC (95%)		p	OR ajustado	IC (95%)		p
	Insuficiente		Satisfatória				Inferior	Superior			Inferior	Superior	
	n	%	n	%									
Arranjo									<0,001				
SAUDE FAMILIA	311	62	191	38	502	0,5	0,39	0,62		0,6	0,47	0,76	<0,001
CENTRO DE SAÚDE	742	65	399	35	1141	0,43	0,36	0,52		0,32	0,26	0,4	<0,001
MIX CENTRO DE SAÚDE -ESF	340	44,6	422	55,4	762	1				1			
VOLANTES ou PACS	265	83,3	53	16,7	318	0,16	0,12	0,22		0,21	0,15	0,3	<0,001
População									<0,001				
< 20000	490	58,7	345	41,3	835	0,55	0,45	0,67		0,98	0,52	1,85	0,943
20000 a 49999	520	76,8	157	23,2	677	0,24	0,19	0,3		0,4	0,22	0,76	0,005
50000 a 999999	297	72,6	112	27,4	409	0,29	0,23	0,38		0,49	0,26	0,95	0,034
100000 ou mais	351	43,8	451	56,2	802	1				1			
Apoio financeiro									0,004				
Sem apoio	962	58,4	685	41,6	1647	1							
Apoio parcial	471	65,2	251	34,8	722	0,75	0,62	0,9					
Apoio total	225	63,6	129	36,4	354	0,81	0,64	1,02					
IDH 2010 (a cada 0,1)						2,34	1,86	2,94	<0,001*	1,55	1,1	2,18	0,012
média (DP)	0,753 (0,033)		0,763 (0,037)		0,757 (0,035)								
mediana (mín. - máx.)	0,752 (0,64 - 0,85)		0,764 (0,66 - 0,86)		0,758 (0,64 - 0,86)								
Porte da unidade									<0,001				
< 200 consultas	304	78,4	84	21,6	388	0,3	0,23	0,39		0,36	0,27	0,49	<0,001
200 a 399 consultas	349	66,7	174	33,3	523	0,54	0,43	0,67		0,47	0,37	0,61	<0,001
400 a 799 consultas	478	60,1	317	39,9	795	0,71	0,59	0,86		0,6	0,48	0,75	<0,001
800 consultas ou mais	526	51,8	490	48,2	1016	1				1			
Apoio técnico									<0,001				
Não tem articulador	353	43,3	463	56,7	816	2,43	2,01	2,95		1,3	0,7	2,4	0,41
Gestão	553	70	237	30	790	0,8	0,65	0,97		0,86	0,69	1,07	0,172
Só assistência	151	78,6	41	21,4	192	0,5	0,35	0,73		0,52	0,35	0,77	0,001
Gestão e assistência	601	65	324	35	925	1				1			
Total	1658	60,9	1065	39,1	2723								

** ajustado segundo: tipo de arranjo organizativo, número de consultas, população do município, IDH do município, apoio financeiro e apoio técnico do estado.

Teste qui-quadrado; * Teste t-Student

FONTE: a autora, QualiAB

Em relação aos serviços de arranjo organizativo do tipo mix, todos os demais arranjos apresentaram menor razão de chances ajustada de pertencer ao grupo de *Capacidade Satisfatória*.

Serviços com número de consultas médicas inferior a 800 consultas mensais mostraram menor razão de chance ajustada de pertencer ao grupo de CS do que aqueles com 800 ou mais consultas.

O modelo ajustado mostrou que cada incremento de 0,1 no valor do IDH aumentou em mais de 100% a chance do serviço de pertencer ao grupo CS.

O apoio técnico do programa articuladores da AB, quando realizado por profissionais que com experiência anterior em assistência na atenção básica, mostrou menor razão de chances ajustada de pertencer ao grupo CS do que o apoio mediante profissionais com experiência em gestão e assistência. O apoio financeiro do Estado não alterou as chances.

No ajuste, quando comparados aos serviços localizados em municípios de porte populacional igual ou superior a 100 mil habitantes, os serviços situados em municípios de mais com 20.000 a 99.999 habitantes mostraram menor chance de pertencer ao grupo de CS. As diferenças das chances dos municípios com menos de 20 mil habitantes não foram significativas.

Considerando que a gestão da saúde no Estado de São Paulo já vinha desde 2000 com uma política de apoio aos municípios de menor população, intensificada em 2007, refizemos o mesmo modelo multivariado apenas para os serviços localizados em municípios com menos de 100 mil habitantes.

Tabela18 - Odds Ratio bruto e ajustado de pertencer ao grupo de Capacidade Satisfatória de resposta (CS) de serviços de atenção primária à saúde, com menos de 100 mil habitantes, que responderam ao Questionário QualiAB. 2010. N=2735**

Variável	Grupo de Capacidade de Resposta				Total	OR não ajustado	IC (95%)		p	OR ajustado	IC (95%)		p
	Insuficiente		Satisfatória				Inferior	Superior			Inferior	Superior	
	n	%	n	%									
Arranjo									<0,001				
SAUDE FAMILIA	262	66,8	130	33,2	392	0,55	0,42	0,72		0,63	0,48	0,84	0,001
CENTRO DE SAÚDE	525	74,0	184	26,0	709	0,39	0,31	0,50		0,36	0,28	0,47	<0,001
MIX CENTRO DE SAÚDE -ESF	293	52,7	263	47,3	556	1,00				1,00			
VOLANTES ou PACS	227	86,0	37	14,0	264	0,18	0,12	0,27		0,21	0,14	0,32	<0,001
Apoio financeiro									<0,001				
Sem apoio	629	72,5	238	27,5	867	1,00				1,00			
Apoio parcial	471	65,2	251	34,8	722	1,41	1,14	1,74		1,25	1,00	1,56	0,055
Apoio total	207	62,3	125	37,7	332	1,60	1,22	2,09		1,52	1,13	2,05	0,006
IDH 2010 (a cada 0,1)						0,89	0,64	1,23	0,465*				
média (DP)	0,744 (0,029)		0,743 (0,030)		0,744 (0,029)	** ajustado segundo: tipo de arranjo organizativo, número de consultas,							
mediana (mín. - máx.)	0,745 (0,64 - 0,85)		0,745 (0,66 - 0,81)		0,745 (0,64 - 0,85)								
Porte da unidade									<0,001				
< 200 consultas	257	80,8	61	19,2	318	0,37	0,27	0,52		0,39	0,28	0,56	<0,001
200 a 399 consultas	287	70,7	119	29,3	406	0,65	0,50	0,86		0,51	0,38	0,69	<0,001
400 a 799 consultas	396	66,2	202	33,8	598	0,81	0,64	1,02		0,59	0,45	0,77	<0,001
800 consultas ou mais	366	61,2	232	38,8	598	1,00				1,00			
Apoio técnico									0,015				
Não tem articulador	23	65,7	12	34,3	35	0,97	0,48	1,97		0,58	0,27	1,24	0,157
Só gestão + Não tem AB	553	70,0	237	30,0	790	0,80	0,65	0,97		0,84	0,68	1,04	0,107
Só assistência	130	76,0	41	24,0	171	0,59	0,40	0,85		0,56	0,38	0,83	0,004
Gestão e assistência	601	65,0	324	35,0	925	1,00				1,00			
Total	1307	68,0	614	32,0	1921								

população do município, IDH do município, apoio financeiro e apoio técnico do Estado.

Teste qui-quadrado; * Teste t-Student

FONTE: a autora, QualiAB

Para esses municípios, mantiveram-se as associações entre arranjo organizativo, número de consultas e o tipo de apoio técnico. A homogeneidade entre os valores de IDH provavelmente fez desaparecer a associação anterior encontrada para municípios maiores.

O apoio financeiro do Estado, constante durante todo o período, aumentou a chance de pertencimento ao grupo de *Capacidade Satisfatória* de resposta.

PARTE III

5. DISCUSSÃO

No Brasil, a cobertura da ESF tem se mostrado maior em municípios de médio e pequeno porte. Neste estudo, majoritariamente focado nesses municípios, o arranjo organizativo mais frequente foi o do tipo Mix Centro de Saúde - ESF, refletindo a forma histórica de implementação da rede de APS no Estado de São Paulo.

A *Disponibilidade de recursos* foi o domínio de maior média. Apresenta, porém, muitas insuficiências. É exemplar a falta de acesso à Internet, e considerando o avanço e as possibilidades que a tecnologia atual disponibiliza, esse limite é algo possível de ser superado, mesmo em unidades rurais distantes dos grandes centros, muitos dos quais são as unidades básicas de saúde a única alternativa de equipamento público presente. Outro indicador exemplar é a falta de banheiro nos consultórios ginecológicos. Essa característica as vezes considerada como algo supérfluo em locais que possuem apenas um banheiro para uso coletivo, seja de funcionários e/ou usuários, reflete a não diferenciação entre um serviço de saúde e as “casinhas”, que foram sendo “transformadas” em serviços de saúde em ações políticas autodenominadas de expansão do acesso à assistência em saúde. Essa prática, que reflete a velha concepção de APS como “assistência simplificada” às populações pobres não resulta em melhoria das condições de saúde e perpetua a desigualdade. (OMS, 2008).

Os limites em relação a disponibilidade mínima de vacinas, medicamentos e insumos e de procedimentos médicos e de enfermagem, foram bastante frequentes. Para um nível aceitável de resposta, estes limites precisam ser superados. A aceitação de “simplificação” destas condições tende a um retorno da antiga proposta de uma APS focalizada, voltada a populações de maior pobreza, que com impactos importantes no tipo de acesso das

peessoas a uma assistência já possível tecnologicamente em saúde (Melo, 2016; Quagliaco,2015)

Na disponibilização de insumos e medicamentos chama a atenção aquela relativa à saúde da mulher e/ou saúde reprodutiva a exemplo do que obtivemos quanto à pílula do dia seguinte, pois a baixa existência de recursos nessa área é flagrante e curiosamente afeta menos unidades do tipo Centro de Saúde, que foram os que melhor responderam à essas necessidades, provavelmente pela tradição em contar com médico ginecologista, mais familiarizado com esta demanda.

O primeiro contato com a população usuária é uma das principais atribuições da APS, devendo ser capaz de reconhecer diferentes demandas e necessidades. No domínio *Operação direta da assistência*, a maior parte dos serviços apresentou capacidade de organizar alguma resposta nesse primeiro contato, seja ele realizado por médicos ou profissional de enfermagem.

Quando se considera as grandes proporções de consulta tipo “pronto atendimento”, parece possível levantar a hipótese de que muitos destes serviços tenham o pronto atendimento médico como atividade principal. Esta hipótese não parece muito exagerada quando se examinam os resultados referentes às demais atividades, mais “tradicionais” da APS.

O desafio em reconhecer necessidades distintas tem sido proposto em documentos do Ministério da Saúde, referentes a projetos de humanização, com classificação de risco/vulnerabilidade como estratégia que possibilite identificar as diferentes gradações de risco e de situações não só de urgência, mas também de dor ou sofrimento. (Brasil, 2004). Poucos serviços utilizam o protocolo de risco, sendo mais frequente naqueles do tipo Mix Centro de Saúde - ESF. Esse era, entretanto, o resultado que esperávamos dos serviços do tipo ESF, cujas equipes teriam se familiarizado mais com propostas como a classificação de risco, presentes nos projetos de educação permanente e normas da Política Nacional de Atenção Básica. (Norman,2015)

Protocolos são estratégias para melhorar a resolutividade e qualidade dos serviços, a medida que se fundamentam em evidencias cientificamente

comprovadas e orientam melhor os processos de trabalho. O seu uso inadequado limita a elaboração de projetos terapêuticos o papel de coordenação do cuidado a medida que dificulta os fluxos assistências. (Brasil, 2016; Werneck, 2009)

Políticas atuais para assistência domiciliar e cuidados ao idoso inspiraram-se na atual tendência de desospitalização dos processos de cuidado continuado. As unidades com ESF foram os serviços que assimilam melhor essas práticas, provavelmente, porque estão discriminadas no rol de ações que caracteriza a ESF. (Brasil, 2014)

Os espaços potenciais e formais de diálogo entre o serviço e comunidade, ainda são bastante restritos e mais frequentes nas unidades do tipo Mix Centro de Saúde - ESF.

As ações de promoção à saúde são incipientes na grande maioria dos serviços. As ações educativas relatadas referem-se a campanhas nacionais sobre temas gerais da saúde pública, em que as ações são, na verdade, de prevenção ao risco de adoecimento. De maneira geral, a literatura reconhece a promoção de saúde como uma característica intrínseca da APS, mas no plano das ações no interior desses serviços, temas mais amplos, relativos a condições de saúde ou práticas que envolvam diferentes setores da sociedade, ainda são restritos. Entretanto, o tema da promoção merece avaliações específicas que definem o envolvimento de atores de vários campos disciplinares. (Akerman et al, 2002).

Mesmo com mais incentivos e indução para a ESF, arranjos do tipo Mix Centro de Saúde - ESF mostraram melhor capacidade de reposta.

A associação da *Capacidade Satisfatória* de resposta com o IDH é reflexo das desigualdades no Estado e está também relacionada ao porte dos municípios. Segundo Sala e Mendes, 2011, em estudo realizado pela Secretaria de Estado, 70,4% dos municípios pequenos foram categorizados como detentores de baixo nível na categoria "riqueza" do referido estudo. Entre os municípios de médio porte, apenas 21,8% estavam nessa mesma categoria.

O financiamento da APS no Brasil envolve recursos dos Municípios, Estados e União. Desde 1996, instituíram-se repasses federais per capita – Piso de Atenção Básica, para financiamento da APS e o Piso de Atenção Básica Variável, para a implementação de Equipes de Estratégia Saúde da Família, além de programas estratégicos como o Programa de Melhoria de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado em 2010.

Estudos anteriores realizados especificamente para avaliar o custo e investimentos na APS no Brasil, referem a responsabilidade dos municípios na maior parcela dos gastos com saúde, o que para municípios com piores condições sócio-financeira significa um alto custo. Nosso estudo mostrou associação entre financiamento e capacidade satisfatória de resposta apenas para serviços localizados em municípios com menos de 100 mil habitantes, o que reforça a perspectiva da importância do apoio para mitigar essas desigualdades. Esse *apoio financeiro* mostrou-se importante para aqueles que o receberam por mais tempo, como foi o caso dos serviços pertencentes ao *Programa Qualis*, iniciado no ano 2000, no Estado de São Paulo. Esses municípios na sua grande parte possuem também IDH baixo. O fato de que no ajuste da modelagem o apoio financeiro do Estado apresentou associação apenas nestes casos pode ser explicado por essa situação de escassez extrema de recursos indicado pelos baixos IDH encontrados nesses municípios, situação em que mesmo pequenos apoios geram algum impacto nos serviços. A homogeneidade desses municípios, em termos das baixas condições de vida, pode responder pelo fato de que o próprio IDH não tenha se mantido associado na modelagem relativa a esses municípios de menos de 100 mil habitantes.

Quanto ao apoio técnico avaliado no estudo, mostrou-se que há impacto do Programa Articulador de Atenção Básica na capacidade de resposta dos serviços. Esse impacto do apoio institucional, manteve-se nas duas modelagens, principalmente associado a profissionais com experiência anterior em gestão e assistência de atenção básica.

Limites do estudo

O estudo considerou apenas municípios do interior do Estado de São Paulo. Muito embora tenha incluído alguns municípios da Grande São Paulo, nada pôde ser afirmado quanto ao quadro avaliativo proposto bem como o instrumento utilizado para tal nas condições sócio-sanitárias da capital. Outro aspecto diz respeito ao possível viés de seleção decorrente da aplicação do *QualiAB* ter se dado por meio da adesão dos gestores municipais. Assim, o questionário *QualiAB* foi respondido apenas por gestores que aceitaram a avaliação dos serviços de APS de seu município.

6. CONCLUSÕES

A dimensão do *QualiAB Capacidade de resposta* dos serviços de atenção primária, mostrou-se válida, simples e potencialmente útil para apoiar as gestões municipais, regionais e estadual de saúde em municípios de pequeno e médio porte do Estado de São Paulo.

A avaliação mostrou que a capacidade de resposta às necessidades de saúde classicamente atribuídas à atenção primária, é, de modo geral, ainda incipiente em municípios do interior do Estado de São Paulo.

Na direção de melhorar a capacidade de resposta, arranjos organizativos que mesclam diferentes modos de organizar e operar os serviços são mais promissores.

Considerando que os serviços localizados em municípios de maior porte populacional, e de maior complexidade de arranjo organizativo, possuem melhores condições de organizar respostas satisfatórias, a existência de unidades menores e mais periféricas poderia ser mais bem aproveitada se pensada como extensões de um serviço de maior porte e complexidade. Serviços de pequeno porte, cuja equipe fixa seja formada apenas por enfermeiro e agente comunitário de saúde, podem sustentar um bom nível de resposta principalmente em ações de promoção e prevenção.

Finalmente, é preciso ressaltar que ainda que o SUS seja inegavelmente um sistema democrático e reconhecedor de direitos não há como suplantare dificuldades frente à limitação concreta de estruturas e financiamento. Por isso, medidas que busquem mitigar as desigualdades devem ser reafirmadas como políticas públicas, especialmente no caso de municípios de menor porte populacional.

7. ANEXOS

ANEXO 1

Questionário *QualiAB*

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, HA, 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) Tetravalente (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 (glicosúria)
- 4) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β 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 perfuro 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 s (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 distribuimos 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) Pilula (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 oncológica
- 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 - TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos serviços de atenção primária, do Estado de São Paulo, segundo os indicadores dos domínios e subdomínios da Capacidade de resposta, que responderam ao *QualiAB*, 2010

Domínio. Disponibilidade de recursos		
Subdomínio 1. Instalações físicas (8 indicadores)		
Indicadores	n	%
Tem sala de espera	2503	91,5
O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada	2070	75,7
Tem banheiros dentro do consultório ginecológico	1607	58,8
Possui TV e vídeo para exposição temas de educação em saúde	425	15,5
Possui microcomputadores e tem acesso a internet	1520	55,6
Possui bebedouro e quadro de informações	2049	74,9
Tem pintura em bom estado de conservação	1602	58,6
Tem mesa para exame ginecológico	2507	91,7
Subdomínio 2. Disponibilidade de Medicamentos e insumos (10 indicadores)		
Os medicamentos essenciais, inclusive insulina não costumam faltar	1542	56,4
Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	1285	47,0
A unidade disponibiliza Pílula (anticoncepcional oral)	2280	83,4
A unidade disponibiliza Anticoncepcional injetável	1990	72,8
A unidade disponibiliza Pílula do dia seguinte	926	33,9
Fornece o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados	2050	75,0
Camisinha (preservativo masculino)	2596	94,9
Preservativo feminino	863	31,6
DIU	1337	48,9
Diafragma	60	2,2
Subdomínio 3. Disponibilidade de Vacinas aplicadas na unidade (9 indicadores)		
BCG	1537	56,2
Hepatite B	2038	74,5
Poliomielite	2092	76,5
Tetavalente (DTP + Hib)	2019	73,8
DTP (Tríplice Bacteriana)	2011	73,5
Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)	2022	73,9
dT (dupla adulto)	2054	75,1
Rotavírus Humano	1994	72,9
Influenza	2070	75,7
Subdomínio 4. Exames realizados ou colhidos na unidade e Procedimentos médicos e de		
Faz Glicemia de ponta de dedo (HGT)	2644	96,7
Avalia Concentração de açúcar na urina (glicosita)	141	5,2
Realiza Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG	1499	54,8
Faz teste rápido de HIV	157	5,7
Colhe exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)	1837	67,2
Colhe material para teste do pezinho	1173	42,9
Colhe Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)	2543	93,0
Colhe Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)	1902	69,5
Curativo, Retirada de pontos e inalação	2362	86,4
Suturas	909	33,2
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	1138	41,6
Hidratação por via venosa	1422	52,0
Aplicação de tratamento endovenoso	1666	60,9
Aplicação de tratamento intramuscular	2477	90,6
Drenagem de abscessos	1113	40,7
Cauterização em ginecologia	1114	40,7
Subdomínio 5. Composição da equipe (8 indicadores)		
Possui médico fixo ou volante	2548	93,2
Possui enfermeira fixa ou volante	2541	92,9
Possui dentista fixo ou volante	1884	68,9
Possui psicólogo fixo ou volante	911	33,3
Possui farmacêutico fixo ou volante	1013	37,0
Possui agente comunitário	1696	62,0
Possui auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem	2683	98,1
Possui auxiliar administrativo ou Recepcionista	2123	77,6

Continua...

Domínio – Organização da Assistência		
Subdomínio 1. Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda (6 indicadores)		
Realiza consulta médica no mesmo dia, Realiza consulta com enfermeiro no mesmo dia, Realiza atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira	2601	95,1
Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso	626	22,9
O tempo médio de espera entre agendamento e consulta na saúde do adulto é até 45 dias	2288	83,7
As consultas são agendadas com hora marcada para cada paciente e/ou grupo de pacientes	1434	52,4
O atendimento A demanda espontânea equivale até 30% do total de consultas (depois)	1485	54,3
É realizado pronto atendimento para queixas agudas no atendimento odontológico	1660	60,7
Subdomínio 2. Convocação de faltosos em atividade agendada (7 indicadores)		
A convocação de faltosos é feita em casos de revisão pós-parto/puerpério	1813	66,3
A convocação de faltosos é feita para resultado(s) de exame(s) alterado(s)	2335	85,4
A convocação de faltosos é feita para adultos com HA e DM com risco de complicações	1711	62,6
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos, crianças em seguimento de puericultura e até dois anos	703	25,7
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos de risco e crianças de risco	1435	52,5
A convocação de faltosos é feita para vacinação	2174	79,5
A convocação de faltosos é feita para casos de tuberculose e hanseníase	1849	67,6
Subdomínio 3. Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade (9)		
São realizadas atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)	1600	58,5
São feitas ações de articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)	1264	46,2
Ações educativas para atividades físicas, alimentar	991	36,2
Ações de educação na comunidade sobre Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc.)	778	28,4
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais	376	13,7
Ações de educação sobre Violência Doméstica e Maus tratos	659	24,1
Ações sobre uso de álcool e drogas	970	35,5
Ações de educação sobre tabagismo	1065	38,9
Ações de controle da proliferação de vetores na comunidade (dengue, leishmaniose, etc..)	1916	70,1
Subdomínio 4. Uso adequado de protocolo (15 indicadores)		
Solicita mamografia anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres, com antecedentes de câncer de mama pessoais ou em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos ou A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos	1743	63,7
O exame de citologia oncológica é oferecido a cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais.	262	9,6
Para gestantes são solicitados todos exames do protocolo	524	19,2
Para Crianças com menos de 2 anos são realizados Avaliação de peso, comprimento ou altura e Avaliação do perímetro cefálico e Desenvolvimento neuropsico motor.	1706	62,4
Faz orientação de dieta, uso de insulina e pé diabético para o cuidado e autocuidado para pessoas com diabetes.	1696	62,0
Faz exames anuais clínico-laboratoriais para pacientes com DM e HA	2405	87,9
Faz ou encaminha exames anuais de fundo de olho para pacientes com DM e HA	1252	45,8
Realiza protocolo completo para acidente perfuro cortante	633	23,1
Encaminha os casos de acidente perfuro cortante	2289	83,7
Faz aconselhamento para testagem de sorologia nos casos de DST	1956	71,5
Faz tratamento sintomático para DST ou Investiga e trata após confirmação de diagnóstico	2071	75,7
Frente a casos de doenças de notificação compulsória preenche a ficha de notificação compulsória, realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	2039	74,6
Faz encaminhamento para vasectomia e laqueadura	1801	65,9
É realizado atendimento odontológico para todas gestantes, as crianças até 6 anos de idade e em idade escolar	1178	43,1
Para prevenção à sífilis congênita e transmissão vertical HIV – solicita 2 sorologias para HIV e sífilis 2 no pré-natal e realiza tratamento para gestante e parceiro na unidade.	155	5,7
Subdomínio 5. Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento (13 indicadores)		
Adaptação ao processo de envelhecimento	880	32,2
Atenção ao climatério	1422	52,0
Orientação sobre sexualidade no idosos	986	36,1
Apoio a idosos de instituições asilares	596	21,8
Orientações sobre os direitos da 3ª idade	1054	38,5
Apoio a idosos em situação de abandono	1168	42,7
Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade	2099	76,7
Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores	2173	79,5
Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde	1650	60,3
Visita domiciliar com equipe multiprofissional	1393	50,9
Visita domiciliar com médico	1534	56,1
Procedimentos domiciliares (como troca de sonda vesical de demora, curativos, etc)	2033	74,3
É realizado atendimento odontológico para idosos (>60 anos)	1396	51,0

Continua...

Domínio Gerenciamento técnico do trabalho		
Subdomínio 1. Planejamento, avaliação e Registro de informações (11 indicadores)		
A área de abrangência é delimitada por planejamento	1712	62,6
Os dados de produção assistencial são utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos na unidade	1569	57,4
Os exames são avaliados quando os resultados chegam na Unidade	1365	49,9
Os dados epidemiológicos são utilizados para planejamento de novas ações de saúde na unidade	2050	75,0
No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada para reprogramação das atividades	1447	52,9
Número de faltas em consulta médica	1012	37,0
Número de atendimentos em grupo	1835	67,1
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	704	25,7
Número de pacientes atendidos por faixa etária	2228	81,5
Número de pacientes atendidos por sexo	1034	37,8
Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)	1340	49,0
Subdomínio 2. Reuniões da unidade (3 indicadores)		
O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de Reuniões periódicas	1560	57,0
Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade de até um mês	1678	61,4
Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram		
Organização do trabalho relativos a avaliação, implantação de novas ações		
atualizações técnicas ou conflitos interpessoais	2595	94,9
Subdomínio 3. Ouvidoria (4 indicadores)		
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de caixa ou livro de sugestões	988	36,1
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de Linha telefônica especial para esse fim	977	35,7
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de sistema de ouvidoria municipal	1354	49,5
As reclamações podem ser encaminhadas por meio do conselho municipal e/ou local de saúde	2393	87,5
Subdomínio 4. Temas abordados no conselho gestor da unidade (3 indicadores)		
Problemas relativos ao atendimento	1155	42,2
Planejamento de atividades educativas na comunidade	871	31,8
Os direitos e responsabilidades dos conselheiros	799	29,2

Tabela 2a - Distribuição dos arranjos organizativos dos serviços de atenção primária, do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Disponibilidade de recursos, QualiAB 2010

Domínio. Disponibilidade de recursos	Arranjo									
	Saúde da Família (N=502)		Centro de Saúde (N=1144)		Mix Centro de Saúde-ESF (N=762)		Volantes ou PACS (N=318)		TOTAL (N=2735)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Subdomínio 1. Instalações físicas (8 indicadores)										
Tem sala de espera	445	88,6	1069	93,7	703	92,3	275	86,5	2503	91,5
O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada	376	74,9	852	74,7	592	77,7	240	75,5	2070	75,7
Tem banheiros dentro do consultório ginecológico	239	47,6	759	66,5	465	61	138	43,4	1607	58,8
Possui TV e vídeo para exposição temas de educação em saúde	75	14,9	174	15,2	152	19,9	24	7,5	425	15,5
Possui microcomputadores e tem acesso a internet	366	72,9	899	78,8	587	77	188	59,1	2049	74,9
Possui bebedouro e quadro de informações	240	47,8	709	62,1	447	58,7	116	36,5	1520	55,6
Tem pintura em bom estado de conservação	287	57,2	670	58,7	463	60,8	173	54,4	1602	58,6
Tem mesa para exame ginecológico	456	90,8	1058	92,7	729	95,7	256	80,5	2507	91,7
Subdomínio 2. Disponibilidade de Medicamentos e insumos (10 indicadores)										
Os medicamentos essenciais, inclusive insulina não costumam faltar	276	55	640	56,1	473	62,1	147	46,2	1542	56,4
Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	239	47,6	521	45,7	414	54,3	106	33,3	1285	47
A unidade disponibiliza Pílula (anticoncepcional oral)	405	80,7	965	84,6	671	88,1	233	73,3	2280	83,4
A unidade disponibiliza Anticoncepcional injetável	356	70,9	858	75,2	586	76,9	188	59,1	1990	72,8
A unidade disponibiliza Pílula do dia seguinte	128	25,5	474	41,5	265	34,8	57	17,9	926	33,9
Fornecer o glicosímetro para diabéticos insulino dependentes cadastrados	366	72,9	849	74,4	632	82,9	193	60,7	2050	75
Camisinha (preservativo masculino)	483	96,2	1068	93,6	748	98,2	288	90,6	2596	94,9
Preservativo feminino	155	30,9	340	29,8	289	37,9	76	23,9	863	31,6
DIU	144	28,7	705	61,8	372	48,8	111	34,9	1337	48,9
Diaphragma	10	2	34	3	10	1,3	6	1,9	60	2,2
Subdomínio 3. Disponibilidade de Vacinas aplicadas na unidade (9 indicadores)										
BCG	208	41,4	768	67,3	448	58,8	107	33,6	1537	56,2
Hepatite B	323	64,3	931	81,6	599	78,6	176	55,3	2038	74,5
Poliomielite	345	68,7	937	82,1	617	81	184	57,9	2092	76,5
Tetralente (DTP + Hib)	323	64,3	921	80,7	593	77,8	173	54,4	2019	73,8
DTP (Tríplice Bacteriana)	318	63,3	918	80,5	594	78	172	54,1	2011	73,5
Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)	325	64,7	925	81,1	588	77,2	175	55	2022	73,9
dT (dupla adulto)	330	65,7	938	82,2	595	78,1	182	57,2	2054	75,1
Rotavírus Humano	320	63,7	912	79,9	583	76,5	170	53,5	1994	72,9
Influenza	348	69,3	934	81,9	600	78,7	179	56,3	2070	75,7
Subdomínio 4. Exames realizados ou colhidos na unidade e Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina (16 indicadores)										
Faz Glicemia de ponta de dedo (HGT)	490	97,6	1099	96,3	756	99,2	288	90,6	2644	96,7
Avalia Concentração de açúcar na urina (glicosímetro)	11	2,2	78	6,8	45	5,9	7	2,2	141	5,2
Realiza Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG	264	52,6	691	60,6	420	55,1	122	38,4	1499	54,8
Faz teste rápido de HIV	15	3	89	7,8	39	5,1	13	4,1	157	5,7
Colhe exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)	318	63,3	770	67,5	562	73,8	178	56	1837	67,2
Colhe material para teste do pezinho	177	35,3	523	45,8	402	52,8	67	21,1	1173	42,9
Colhe Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)	478	95,2	1053	92,3	752	98,7	252	79,2	2543	93
Colhe Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)	337	67,1	810	71	569	74,7	179	56,3	1902	69,5
Curativo, Retirada de pontos e inalação	420	83,7	977	85,6	701	92	256	80,5	2362	86,4
Suturas	170	33,9	331	29	357	46,9	47	14,8	909	33,2
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	157	31,3	544	47,7	374	49,1	58	18,2	1138	41,6
Hidratação por via venosa	267	53,2	571	50	496	65,1	85	26,7	1422	52
Aplicação de tratamento endovenoso	312	62,2	689	60,4	552	72,4	106	33,3	1666	60,9
Aplicação de tratamento intramuscular	467	93	1028	90,1	725	95,1	248	78	2477	90,6
Drenagem de abscessos	210	41,8	423	37,1	418	54,9	56	17,6	1113	40,7
Cauterização em ginecologia	76	15,1	661	57,9	290	38,1	83	26,1	1114	40,7
Subdomínio 5. Composição da equipe (8 indicadores)										
Possui médico fixo ou volante	502	100	1140	99,9	762	100	133	41,8	2548	93,2
Possui enfermeira fixa ou volante	499	99,4	1079	94,6	751	98,6	203	63,8	2541	92,9
Possui dentista fixo ou volante	324	64,5	841	73,7	607	79,7	106	33,3	1884	68,9
Possui psicólogo fixo ou volante	62	12,4	391	34,3	380	49,9	73	23	911	33,3
Possui farmacêutico fixo ou volante	60	12	489	42,9	375	49,2	83	26,1	1013	37
Possui agente comunitário	484	96,4	340	29,8	728	95,5	142	44,7	1696	62
Possui auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem	498	99,2	1126	98,7	750	98,4	298	93,7	2683	98,1
Possui auxiliar administrativo ou Recepcionista	332	66,1	991	86,9	608	79,8	183	57,5	2123	77,6

Tabela 2b - Distribuição dos arranjos organizativos dos serviços de atenção primária, do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Operação direta da assistência, QualiAB, 2010

Domínio – Operação direta da Assistência	Arranjo									
	Saúde da Família (N=502)		Centro de Saúde (N=1144)		Mix Centro de Saúde-ESF (N=762)		Volantes ou PACS (N=318)		TOTAL (N=2735)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Subdomínio 1. Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda (6 indicadores)										
Realiza consulta médica no mesmo dia, Realiza consulta com enfermeiro no mesmo dia, Realiza atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira	491	97,8	1073	94	749	98,3	277	87,1	2601	95,1
Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso	110	21,9	251	22	219	28,7	44	13,8	626	22,9
O tempo médio de espera entre agendamento e consulta na saúde do adulto é até 45 dias	423	84,3	971	85,1	627	82,3	258	81,1	2288	83,7
As consultas são agendadas com hora marcada para cada paciente e/ou grupo de pacientes	259	51,6	628	55	420	55,1	119	37,4	1434	52,4
O atendimento A demanda espontânea equivale até 30% do total de consultas (depois)	272	54,2	678	59,4	323	42,4	202	63,5	1485	54,3
É realizado pronto atendimento para queixas agudas no atendimento odontológico	298	59,4	674	59,1	545	71,5	137	43,1	1660	60,7
Subdomínio 2. Convocação de faltosos em atividade agendada (7 indicadores)										
A convocação de faltosos é feita em casos de revisão pós-parto/puerpério	351	69,9	698	61,2	591	77,6	169	53,1	1813	66,3
A convocação de faltosos é feita para resultado(s) de exame(s) alterado(s)	442	88	966	84,7	688	90,3	231	72,6	2335	85,4
A convocação de faltosos é feita para adultos com HA e DM com risco de complicações	400	79,7	557	48,8	587	77	162	50,9	1711	62,6
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos, crianças em seguimento de puericultura e até dois anos	202	40,2	177	15,5	277	36,4	46	14,5	703	25,7
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos de risco e crianças de risco	318	63,3	500	43,8	506	66,4	109	34,3	1435	52,5
A convocação de faltosos é feita para vacinação	409	81,5	894	78,4	658	86,4	205	64,5	2174	79,5
A convocação de faltosos é feita para casos de tuberculose e hanseníase	367	73,1	729	63,9	584	76,6	163	51,3	1849	67,6
Subdomínio 3. Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade (9 indicadores)										
São realizadas atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)	322	64,1	584	51,2	547	71,8	141	44,3	1600	58,5
São feitas ações de articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)	232	46,2	493	43,2	420	55,1	112	35,2	1264	46,2
Ações educativas para atividades físicas, alimentar	216	43	288	25,2	402	52,8	84	26,4	991	36,2
Ações de educação na comunidade sobre Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc.)	169	33,7	241	21,1	290	38,1	76	23,9	778	28,4
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais	63	12,5	133	11,7	147	19,3	32	10,1	376	13,7
Ações de educação sobre Violência Doméstica e Maus tratos	134	26,7	229	20,1	238	31,2	57	17,9	659	24,1
Ações sobre uso de álcool e drogas	204	40,6	326	28,6	349	45,8	90	28,3	970	35,5
Ações de educação sobre tabagismo	237	47,2	361	31,6	376	49,3	90	28,3	1065	38,9
Ações de controle da proliferação de vetores na comunidade (dengue, leishmaniose, etc..)	393	78,3	676	59,2	644	84,5	193	60,7	1916	70,1
Subdomínio 4. Uso adequado de protocolo (15 indicadores)										
Solicita mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres, com antecedentes de câncer de mama pessoais ou em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos ou a cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos	317	63,1	719	63	521	68,4	181	56,9	1743	63,7
O exame de citologia oncológica é oferecido a cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais.	60	12	100	8,8	78	10,2	24	7,5	262	9,6
Para gestantes são solicitados todos exames do protocolo	67	13,3	252	22,1	164	21,5	40	12,6	524	19,2
Para Crianças com menos de 2 anos são realizados Avaliação de peso, comprimento ou altura e Avaliação do perímetro cefálico e Desenvolvimento neuropsico motor.	318	63,3	721	63,2	509	66,8	155	48,7	1706	62,4
Faz orientação de dieta, uso de insulina e pé diabético para o cuidado e autocuidado para pessoas com diabete.	327	65,1	640	56,1	558	73,2	166	52,2	1696	62
Faz exames anuais clínico-laboratoriais para pacientes com DM e HA	469	93,4	955	83,7	723	94,9	249	78,3	2405	87,9
Faz ou encaminha exames anuais de fundo de olho para pacientes com DM e HA	258	51,4	477	41,8	414	54,3	97	30,5	1252	45,8
Realiza protocolo completo para acidente perfuro cortante	111	22,1	269	23,6	189	24,8	63	19,8	633	23,1
Encaminha os casos de acidente perfuro cortante	423	84,3	976	85,5	655	86	227	71,4	2289	83,7
Faz aconselhamento para testagem de sorologia nos casos de DST	384	76,5	789	69,1	592	77,7	186	58,5	1956	71,5
Faz tratamento sintomático para DST ou Investiga e trata após confirmação de diagnóstico	398	79,3	839	73,5	637	83,6	189	59,4	2071	75,7
Frente a casos de doenças de notificação compulsória preenche a ficha de notificação compulsória, realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	411	81,9	784	68,7	652	85,6	186	58,5	2039	74,6
Faz encaminhamento para vasectomia e laqueadura	329	65,5	768	67,3	539	70,7	163	51,3	1801	65,9
É realizado atendimento odontológico para todas gestantes, as crianças até 6 anos de idade e em idade escolar	230	45,8	453	39,7	400	52,5	92	28,9	1178	43,1
Para prevenção à sífilis congênita e transmissão vertical HIV – solicita 2 sorologias para HIV e sífilis 2 no pré-natal e realiza tratamento para gestante e parceiro na unidade.	22	4,4	74	6,5	45	5,9	13	4,1	155	5,7
Subdomínio 5. Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento (13 indicadores)										
Adaptação ao processo de envelhecimento	224	44,6	252	22,1	329	43,2	72	22,6	880	32,2
Atenção ao climatério	299	59,6	537	47,1	471	61,8	111	34,9	1422	52
Orientação sobre sexualidade no idosos	224	44,6	315	27,6	372	48,8	73	23	986	36,1
Apoio a idosos de instituições asilares	115	22,9	233	20,4	205	26,9	41	12,9	596	21,8
Orientações sobre os direitos da 3ª idade	232	46,2	340	29,8	381	50	98	30,8	1054	38,5
Apoio a idosos em situação de abandono	275	54,8	365	32	432	56,7	95	29,9	1168	42,7
Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade	388	77,3	897	78,6	577	75,7	229	72	2099	76,7
Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores	484	96,4	728	63,8	726	95,3	226	71,1	2173	79,5
Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde	417	83,1	438	38,4	640	84	154	48,4	1650	60,3
Visita domiciliar com equipe multiprofissional	352	70,1	288	25,2	643	84,4	106	33,3	1393	50,9
Visita domiciliar com médico	456	90,8	254	22,3	711	93,3	111	34,9	1534	56,1
Procedimentos domiciliares (como troca de sonda vesical de demora, curativos, etc)	466	92,8	655	57,4	704	92,4	200	62,9	2033	74,3
É realizado atendimento odontológico para idosos (>60 anos)	254	50,6	556	48,7	471	61,8	111	34,9	1396	51

Tabela 2C - Distribuição dos arranjos organizativos dos serviços de atenção primária, do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Gerenciamento técnico do trabalho, QualiAB, 2010

Domínio Gerenciamento técnico do trabalho	Arranjo									
	Saúde da Família (N=502)		Centro de Saúde (N=1144)		Mix Centro de Saúde-ESF (N=762)		Volantes ou PACS (N=318)		TOTAL (N=2735)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Subdomínio 1. Planejamento, avaliação e Registro de informações (11 indicadores)										
A área de abrangência é delimitada por planejamento	447	89	485	42,5	631	82,8	147	46,2	1712	62,6
Os dados de produção assistencial são utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos na unidade	307	61,2	603	52,8	497	65,2	156	49,1	1569	57,4
Os exames são avaliados quando os resultados chegam na Unidade	293	58,4	537	47,1	399	52,4	133	41,8	1365	49,9
Os dados epidemiológicos são utilizados para planejamento de novas ações de saúde na unidade	391	77,9	807	70,7	626	82,2	217	68,2	2050	75
No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada para reprogramação das atividades	285	56,8	549	48,1	474	62,2	134	42,1	1447	52,9
Número de faltas em consulta médica	174	34,7	480	42,1	271	35,6	83	26,1	1012	37
Número de atendimentos em grupo	382	76,1	682	59,8	616	80,8	150	47,2	1835	67,1
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	97	19,3	328	28,7	221	29	57	17,9	704	25,7
Número de pacientes atendidos por faixa etária	455	90,6	832	72,9	700	91,9	231	72,6	2228	81,5
Número de pacientes atendidos por sexo	180	35,9	432	37,9	328	43	91	28,6	1034	37,8
Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)	259	51,6	510	44,7	460	60,4	106	33,3	1340	49
Subdomínio 2. Reuniões da unidade (3 indicadores)										
O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de Reuniões periódicas	263	52,4	668	58,5	465	61	160	50,3	1560	57
Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade de até um mês	398	79,3	529	46,4	598	78,5	150	47,2	1678	61,4
Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram Organização do trabalho relativos a avaliação, implantação de novas ações atualizações técnicas ou conflitos interpessoais	493	98,2	1067	93,5	744	97,6	282	88,7	2595	94,9
Subdomínio 3. Ouvidoria (4 indicadores)										
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de caixa ou livro de sugestões	162	32,3	419	36,7	327	42,9	77	24,2	988	36,1
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de Linha telefônica especial para esse fim	165	32,9	440	38,6	271	35,6	101	31,8	977	35,7
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de sistema de ouvidoria municipal	210	41,8	624	54,7	387	50,8	132	41,5	1354	49,5
As reclamações podem ser encaminhadas por meio do conselho municipal e/ou local de saúde	429	85,5	1009	88,4	696	91,3	249	78,3	2393	87,5
Subdomínio 4. Temas abordados no conselho gestor da unidade (3 indicadores)										
Problemas relativos ao atendimento	185	36,9	515	45,1	340	44,6	110	34,6	1155	42,2
Planejamento de atividades educativas na comunidade	147	29,3	358	31,4	283	37,1	79	24,8	871	31,8
Os direitos e responsabilidades dos conselheiros	108	21,5	369	32,3	252	33,1	68	21,4	799	29,2

Tabela 3a - Distribuição do porte dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Disponibilidade de recursos, QualiAB 2010

Domínio. Disponibilidade de recursos	Porte									
	< 200 consultas (N=390)		200 a 399 consultas (N=523)		400 a 799 consultas (N=799)		800 consultas ou mais (N=1022)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Subdomínio 1. Instalações físicas (8 indicadores)										
Tem sala de espera	351	90,0	466	89,1	719	90,0	967	94,6	2503	91,5
O ambiente é arejado, ou seja, possui ventilação adequada	283	72,6	382	73,0	606	75,8	799	78,2	2070	75,7
Tem banheiros dentro do consultório ginecológico	158	40,5	246	47,0	436	54,6	766	75,0	1606	58,7
Possui TV e vídeo para exposição temas de educação em saúde	30	7,7	69	13,2	133	16,6	192	18,8	424	15,5
Possui microcomputadores e tem acesso a internet	119	30,5	210	40,2	444	55,6	746	73,0	1519	55,5
Possui bebedouro e quadro de informações	233	59,7	381	72,8	591	74,0	843	82,5	2048	74,9
Tem pintura em bom estado de conservação	219	56,2	275	52,6	471	58,9	636	62,2	1601	58,5
Tem mesa para exame ginecológico	305	78,2	470	89,9	752	94,1	979	95,8	2506	91,6
Subdomínio 2. Disponibilidade de Medicamentos e insumos (10 indicadores)										
Os medicamentos essenciais, inclusive insulina não costumam faltar	173	44,4	252	48,2	442	55,3	674	65,9	1541	56,3
Entre os medicamentos disponíveis constam os utilizados no tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	145	37,2	221	42,3	380	47,6	538	52,6	1284	46,9
A unidade disponibiliza Pílula (anticoncepcional oral)	305	78,2	400	76,5	655	82,0	919	89,9	2279	83,3
A unidade disponibiliza anticoncepcional injetável	234	60,0	350	66,9	582	72,8	823	80,5	1989	72,7
A unidade disponibiliza Pílula do dia seguinte	74	19,0	115	22,0	250	31,3	487	47,7	926	33,9
Fornece o glicosímetro para diabéticos insulínodpendentes cadastrados	248	63,6	367	70,2	607	76,0	827	80,9	2049	74,9
Camisinha (preservativo masculino)	354	90,8	497	95,0	770	96,4	974	95,3	2595	94,9
Preservativo feminino	115	29,5	172	32,9	264	33,0	312	30,5	863	31,6
DIU	138	35,4	176	33,7	335	41,9	687	67,2	1336	48,8
Diafragma	7	1,8	5	1,0	16	2,0	32	3,1	60	2,2
Subdomínio 3. Disponibilidade de Vacinas aplicadas na unidade (9 indicadores)										
BCG	132	33,8	204	39,0	378	47,3	822	80,4	1536	56,2
Hepatite B	207	53,1	339	64,8	552	69,1	939	91,9	2037	74,5
Poliomielite	226	57,9	351	67,1	571	71,5	943	92,3	2091	76,5
Tetavalente (DTP + Hib)	203	52,1	333	63,7	548	68,6	934	91,4	2018	73,8
DTP (Tríplice Bacteriana)	202	51,8	331	63,3	547	68,5	930	91,0	2010	73,5
Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR	201	51,5	335	64,1	551	69,0	934	91,4	2021	73,9
dT (dupla adulto)	208	53,3	341	65,2	559	70,0	945	92,5	2053	75,1
Rotavírus humano	195	50,0	330	63,1	544	68,1	924	90,4	1993	72,9
Influenza	212	54,4	353	67,5	569	71,2	935	91,5	2069	75,6
Subdomínio 4. Exames realizados ou colhidos na unidade e Procedimentos médicos e de enfermagem realizados de rotina (16 indicadores)										
Faz Glicemia de ponta de dedo (HGT)	349	89,5	506	96,7	778	97,4	1010	98,8	2643	96,6
Avalia Concentração de açúcar na urina (glicofita)	20	5,1	14	2,7	24	3,0	82	8,0	140	5,1
Realiza Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou βHCG	176	45,1	252	48,2	415	51,9	655	64,1	1498	54,8
Faz teste rápido de HIV	15	3,8	17	3,3	29	3,6	95	9,3	156	5,7
Colhe exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)	223	57,2	351	67,1	495	62,0	767	75,0	1836	67,1
Colhe material para teste do pezinho	106	27,2	182	34,8	317	39,7	567	55,5	1172	42,9
Colhe Papanicolau (Citologia Oncótica Tríplice)	316	81,0	492	94,1	763	95,5	971	95,0	2542	92,9
Colhe Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)	203	52,1	349	66,7	542	67,8	807	79,0	1901	69,5
Curativo, Retirada de pontos e inalação	309	79,2	438	83,7	698	87,4	917	89,7	2362	86,4
Suturas	98	25,1	149	28,5	243	30,4	418	40,9	908	33,2
Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)	94	24,1	173	33,1	285	35,7	585	57,2	1137	41,6
Hidratação por via venosa	121	31,0	229	43,8	424	53,1	647	63,3	1421	52,0
Aplicação de tratamento endovenoso	153	39,2	278	53,2	499	62,5	735	71,9	1665	60,9
Aplicação de tratamento intramuscular	298	76,4	474	90,6	755	94,5	949	92,9	2476	90,5
Drenagem de abscessos	96	24,6	181	34,6	339	42,4	496	48,5	1112	40,7
Cauterização em ginecologia	80	20,5	96	18,4	235	29,4	702	68,7	1113	40,7
Subdomínio 5. Composição da equipe (8 indicadores)										
Possui médico fixo ou volante	305	78,2	481	92,0	776	97,1	985	96,4	2547	93,1
Possui enfermeira fixa ou volante	264	67,7	495	94,6	780	97,6	1001	97,9	2540	92,9
Possui dentista fixo ou volante	196	50,3	310	59,3	556	69,6	821	80,3	1883	68,8
Possui psicólogo fixo ou volante	93	23,8	133	25,4	237	29,7	447	43,7	910	33,3
Possui farmacêutico fixo ou volante	113	29,0	131	25,0	229	28,7	539	52,7	1012	37,0
Possui agente comunitário	202	51,8	419	80,1	610	76,3	465	45,5	1696	62,0
Possui auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem	358	91,8	517	98,9	796	99,6	1011	98,9	2682	98,1
Possui auxiliar administrativo ou Recepcionista	196	50,3	351	67,1	614	76,8	961	94,0	2122	77,6

Tabela 3b - Distribuição do porte dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Organização da assistência, QualiAB 2010

Domínio – Organização da Assistência	Porte									
	< 200 consultas (N=390)		200 a 399 consultas (N=523)		400 a 799 consultas (N=799)		800 consultas ou mais (N=1022)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Subdomínio 1. Demanda espontânea/Acolhimento e organização da agenda (6 indicadores)										
Realiza consulta médica no mesmo dia, Realiza consulta com enfermeiro no mesmo dia, Realiza atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeira	336	86,2	503	96,2	787	98,5	975	95,4	2601	95,1
Aplicação de protocolo de risco para avaliação de diferentes condutas frente a cada caso	60	15,4	123	23,5	185	23,2	258	25,2	626	22,9
O tempo médio de espera entre agendamento e consulta na saúde do adulto é até 45 dias	316	81,0	423	80,9	658	82,4	890	87,1	2287	83,6
As consultas são agendadas com hora marcada para cada paciente e/ou grupo de pacientes	160	41,0	258	49,3	424	53,1	591	57,8	1433	52,4
O atendimento à demanda espontânea equivale até 30% do total de consultas (depois)	161	41,3	300	57,4	449	56,2	575	56,3	1485	54,3
Pronto Atendimento para queixas agudas	177	45,4	276	52,8	490	61,3	717	70,2	1660	60,7
Subdomínio 2. Convocação de faltosos em atividade agendada (7 indicadores)										
A convocação de faltosos é feita em casos de revisão pós-parto/puerpério	211	54,1	356	68,1	568	71,1	678	66,3	1813	66,3
A convocação de faltosos é feita para resultado (s) de exame (s) alterado (s)	289	74,1	446	85,3	695	87,0	904	88,5	2334	85,3
A convocação de faltosos é feita para adultos com HA e DM com risco de complicações	227	58,2	378	72,3	552	69,1	554	54,2	1711	62,6
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos, crianças em seguimento de puericultura e até dois anos	80	20,5	158	30,2	245	30,7	220	21,5	703	25,7
A convocação de faltosos é feita para recém-nascidos de risco e crianças de risco	169	43,3	296	56,6	446	55,8	524	51,3	1435	52,5
A convocação de faltosos é feita para vacinação	251	64,4	393	75,1	652	81,6	877	85,8	2173	79,5
A convocação de faltosos é feita para casos de tuberculose e hanseníase	224	57,4	333	63,7	568	71,1	724	70,8	1849	67,6
Subdomínio 3. Ações de promoção e de educação em saúde realizadas na comunidade (9 indicadores)										
São realizadas atividades periódicas junto com instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)	199	51,0	309	59,1	495	62,0	596	58,3	1599	58,5
São feitas ações de articulação com outras secretarias do município (como Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, entre outros)	153	39,2	223	42,6	372	46,6	515	50,4	1263	46,2
Ações educativas para atividades físicas, alimentar	117	30,0	222	42,4	323	40,4	329	32,2	991	36,2
Ações de educação na comunidade sobre Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, manutenção de limpeza de córregos, praças, etc.)	84	21,5	166	31,7	258	32,3	270	26,4	778	28,4
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais	44	11,3	65	12,4	114	14,3	153	15,0	376	13,7
Ações de educação sobre Violência Doméstica e Maus tratos	61	15,6	135	25,8	214	26,8	248	24,3	658	24,1
Ações sobre uso de álcool e drogas	111	28,5	211	40,3	322	40,3	326	31,9	970	35,5
Ações de educação sobre tabagismo	113	29,0	224	42,8	353	44,2	375	36,7	1065	38,9
Ações de controle da proliferação de vetores na comunidade (dengue, leishmaniose)	224	57,4	388	74,2	606	75,8	698	68,3	1916	70,1
Subdomínio 4. Uso adequado de protocolo (15 indicadores)										
Solicita mamografia anualmente, a partir dos 35 anos, para mulheres, com antecedentes de câncer de mama pessoais ou em familiares de 1º grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos ou A cada 2 anos, no máximo, para mulheres com idade entre 50 e 69 anos	211	54,1	331	63,3	517	64,7	684	66,9	1743	63,7
O exame de citologia oncológica é oferecido a cada três anos, para mulheres com dois exames anteriores normais.	37	9,5	55	10,5	65	8,1	105	10,3	262	9,6
Para gestantes são solicitados todos exames do protocolo	53	13,6	78	14,9	160	20,0	233	22,8	524	19,2
Para Crianças com menos de 2 anos são realizados Avaliação de peso, comprimento ou altura e Avaliação do perímetro cefálico e Desenvolvimento neuropsico motor	186	47,7	326	62,3	512	64,1	682	66,7	1706	62,4
Faz orientação de dieta, uso de insulina e pé diabético para o cuidado e autocuidado para pessoas com diabetes.	203	52,1	349	66,7	524	65,6	620	60,7	1696	62,0
Faz exames anuais clínico-laboratoriais para pacientes com DM e HA	315	80,8	465	88,9	727	91,0	897	87,8	2404	87,9
Faz ou encaminha exames anuais de fundo de olho para pacientes com DM e HA	147	37,7	240	45,9	386	48,3	479	46,9	1252	45,8
Realiza protocolo completo para acidente perfuro cortante	73	18,7	111	21,2	172	21,5	276	27,0	632	23,1
Encaminha os casos de acidente perfuro cortante	294	75,4	423	80,9	670	83,9	901	88,2	2288	83,7
Faz aconselhamento para testagem de sorologia nos casos de DST	231	59,2	375	71,7	592	74,1	757	74,1	1955	71,5
Faz tratamento sintomático para DST ou Investiga e trata após confirmação de diagnóstico	251	64,4	375	71,7	632	79,1	812	79,5	2070	75,7
Frente a casos de doenças de notificação compulsória preenche a ficha de notificação compulsória, realiza busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente	256	65,6	393	75,1	611	76,5	779	76,2	2039	74,6
Faz encaminhamento para vasectomia e laqueadura	184	47,2	319	61,0	525	65,7	772	75,5	1800	65,8
É realizado atendimento odontológico para todas gestantes, as crianças até 6 anos de idade e em idade escolar	126	32,3	207	39,6	362	45,3	483	47,3	1178	43,1
Para prevenção à sífilis congênita e transmissão vertical HIV – solicita 2 sorologias para HIV e sífilis 2 no pré-natal e realiza tratamento para gestante e parceiro na unidade	16	4,1	28	5,4	41	5,1	70	6,8	155	5,7
Subdomínio 5. Cuidado a pacientes em processo de envelhecimento (13 indicadores)										
Adaptação ao processo de envelhecimento	113	29,0	186	35,6	314	39,3	267	26,1	880	32,2
Atenção ao climatério	152	39,0	279	53,3	463	57,9	528	51,7	1422	52,0
Orientação sobre sexualidade no idosos	106	27,2	204	39,0	341	42,7	334	32,7	985	36,0
Apoio a idosos de instituições asilares	69	17,7	93	17,8	183	22,9	251	24,6	596	21,8
Orientações sobre os direitos da 3ª idade	132	33,8	214	40,9	344	43,1	364	35,6	1054	38,5
Apoio a idosos em situação de abandono	131	33,6	243	46,5	397	49,7	397	38,8	1168	42,7
Orientação dos cuidadores que comparecem à unidade	280	71,8	378	72,3	625	78,2	815	79,7	2098	76,7
Visita domiciliar para orientação geral de usuários e cuidadores	300	76,9	468	89,5	685	85,7	720	70,5	2173	79,5
Visitas periódicas para avaliação do estado de saúde	210	53,8	396	75,7	573	71,7	470	46,0	1649	60,3
Visita domiciliar com equipe multiprofissional	176	45,1	322	61,6	502	62,8	393	38,5	1393	50,9
Visita domiciliar com médico	178	45,6	390	74,6	573	71,7	393	38,5	1534	56,1
Procedimentos domiciliares (como troca de sonda vesical de demora, curativos, etc.)	251	64,4	443	84,7	663	83,0	676	66,1	2033	74,3
É realizado atendimento odontológico para idosos (>60 anos)	143	36,7	237	45,3	419	52,4	596	58,3	1395	51,0

Tabela 3c - Distribuição do porte dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo os indicadores do domínio Gerenciamento técnico do trabalho, QualiAB 2010

Domínio Gerenciamento técnico do trabalho	Porte									
	< 200 consultas (N=390)		200 a 399 consultas (N=523)		400 a 799 consultas (N=799)		800 consultas ou mais (N=1022)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Subdomínio 1. Planejamento, avaliação e Registro de informações (11 indicadores)										
A área de abrangência é delimitada por planejamento	212	54,4	391	74,8	587	73,5	522	51,1	1712	62,6
Os dados de produção assistencial são utilizados para redimensionar a oferta de atendimentos na unidade	204	52,3	323	61,8	458	57,3	584	57,1	1569	57,4
Os exames são avaliados quando os resultados chegam na Unidade	169	43,3	284	54,3	420	52,6	492	48,1	1365	49,9
Os dados epidemiológicos são utilizados para planejamento de novas ações de saúde na unidade	269	69,0	406	77,6	599	75,0	775	75,8	2049	74,9
No último ano, a avaliação das Unidades foi realizada para reprogramação das atividades	182	46,7	291	55,6	440	55,1	533	52,2	1446	52,9
Número de faltas em consulta médica	100	25,6	188	35,9	293	36,7	431	42,2	1012	37,0
Número de atendimentos em grupo	205	52,6	373	71,3	587	73,5	669	65,5	1834	67,1
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	74	19,0	118	22,6	191	23,9	321	31,4	704	25,7
Número de pacientes atendidos por faixa etária	289	74,1	468	89,5	687	86,0	784	76,7	2228	81,5
Número de pacientes atendidos por sexo	112	28,7	199	38,0	276	34,5	447	43,7	1034	37,8
Número de casos "extras" atendidos (ou seja, casos de demanda espontânea)	126	32,3	274	52,4	421	52,7	519	50,8	1340	49,0
Subdomínio 2. Reuniões da unidade (3 indicadores)										
O relacionamento da Unidade com o nível central (Secretaria Municipal de Saúde) se dá por meio de Reuniões periódicas	177	45,4	313	59,8	451	56,4	618	60,5	1559	57,0
Na Unidade, as reuniões de equipe no último ano ocorreram com periodicidade de até um mês	210	53,8	395	75,5	552	69,1	521	51,0	1678	61,4
Os principais assuntos ou pautas das reuniões de equipe, no último ano, foram Organização do trabalho relativos a avaliação, implantação de novas ações atualizações técnicas ou conflitos interpessoais	342	87,7	501	95,8	771	96,5	980	95,9	2594	94,8
Subdomínio 3. Ouvidoria (4 indicadores)										
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de caixa ou livro de sugestões	116	29,7	177	33,8	308	38,5	386	37,8	987	36,1
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de Linha telefônica especial para esse fim	123	31,5	174	33,3	278	34,8	401	39,2	976	35,7
As reclamações podem ser encaminhadas por meio de sistema de ouvidoria municipal	166	42,6	243	46,5	377	47,2	567	55,5	1353	49,5
As reclamações podem ser encaminhadas por meio do conselho municipal e/ou local de saúde	298	76,4	448	85,7	691	86,5	955	93,4	2392	87,5
Subdomínio 4. Temas abordados no conselho gestor da unidade (3 indicadores)										
Problemas relativos ao atendimento	142	36,4	168	32,1	308	38,5	536	52,4	1154	42,2
Planejamento de atividades educativas na comunidade	109	27,9	143	27,3	244	30,5	374	36,6	870	31,8
Os direitos e responsabilidades dos conselheiros	90	23,1	93	17,8	202	25,3	414	40,5	799	29,2

ANEXO 3 - GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos serviços de atenção primária, segundo a média de Disponibilidade de recursos da Capacidade de resposta. QualiAB 2010

Gráfico 2 – Distribuição dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo a média de desempenho na Operação direta da assistência da Capacidade de resposta. QualiAB 2010

Gráfico 3 – Distribuição dos serviços de atenção primária do Estado de São Paulo, segundo a média de desempenho no Gerenciamento técnico do trabalho da Capacidade de resposta. QualiAB 2010

ANEXO 4 - PARECER CONSUBSTANCIADO

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da organização assistencial de unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo: uma análise a partir dos resultados e aplicação do QualiAB 2010

Pesquisador: MARIA INES B NEMES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45554415.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.151.905

Data da Relatoria: 15/07/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto: Avaliação da organização assistencial de unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo: uma análise a partir dos resultados e aplicação do QualiAB (Avaliação da qualidade da atenção básica em municípios do Estado de São Paulo) 2010.

Trata-se de uma pesquisa de avaliação de tecnologias, serviços e programas de saúde do Projeto QualiAB, relatado ter sido desenvolvido em parceria e sob a coordenação de professor do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP e da Secretaria de Estado da Saúde e Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS).

Para este projeto submetido para aprovação, serão utilizados resultados obtidos através de banco de dados referente a aplicação do questionário auto-avaliativo (Quali AB), aplicado em 2010 à 2.735 unidades de Atenção Primária. O estudo mencionado foi realizado após consentimento dos gestores que preencheram o questionário eletronicamente.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a organização da atenção prestada por Unidades Básicas de Saúde do Estado de São Paulo em 2010, através do instrumento QualiAB; caracterizar os processos de organização, segundo modelo de organização adotada pelos municípios; e analisar os indicadores de qualidade, segundo atributos previstos na Política Nacional da Atenção Básica.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.151.905

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos devido coleta direta ao banco de dados e se espera que o estudo permitirá caracterizar as unidades básicas do Estado dentro de seus diversos arranjos organizacionais e terá condições de estabelecer diálogos com a gestão sob a melhor resposta produzida por eles. Além disso, espera-se que haja a capacidade de contribuir com uma análise do comportamento da atenção básica no Estado, pois, conforme relatado, em 2015 já ocorre a terceira aplicação do instrumento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Demonstra-se ser estudo relevante para a área de atenção primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto inclui a descrição do termo de consentimento aplicado aos gestores no projeto de 2010 relatado neste projeto submetido para aprovação.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recebimento da carta de autorização para uso do banco de dados do QUALIAB.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 16 de Julho de 2015

Assinado por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

8. REFERÊNCIAS

Aggarwal M, Hutchison B. *Canadian Foundation for Healthcare Improvement. Toward a primary care strategy for Canada*. Canadá: Canadian Foundation for Healthcare Improvement. 2012. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-EN.sflb.ashx>.

Akerman M, Mendes R, Bógusc CM, Westphald M.F, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(5):638-46.

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*. [Internet]. 2008 Ago [citado 21 Mai 2017]; 24(8):1727-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800002&lng=pt. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800002>.

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*. [Internet]. 2011 Dez [citado 24 Mai 2017]; 20(4): 980-990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400015>.

Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Impacts of the affordable care act's medicaid expansion on insurance coverage and access to care June 20, 2016. Whashington: Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation; 2016.

Bodstein R, Feliciano K, Hortale VA, Leal MC. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2006 Set [citado 21 Mai 2017]; 11(3):725-731. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300019&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300019>.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A atenção primária e as redes de atenção à saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília (DF): CONASS; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: *Manual instrutivo para as equipes de atenção básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [citado 2013 24 jun.] Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2007.pdf>.

Brasil, Ministério da saúde, Núcleo Técnico da Política de Humanização. HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo*. Brasília (DF): Ministério da Saúde /Secretaria de Políticas de Saúde; 2000. (Série Avaliação, n.1).

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica, Ministério da Saúde, *A implantação da unidade de saúde da família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual das estruturas físicas das unidades básicas de saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/01* (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília (DF): SUS; 2001. <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>.

Brasil, Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres, Brasília, 2016, http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

Buss PM, Carvalho A. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2009 Dez [citado 26 Abr 2017];14(6):2305-16. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000600039&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>.

Castanheira ELR, Dalben I, Almeida MAS, Puttini RF, Patricio 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. *Saúde Soc.* 2000;18(supl.2):84-8.

Castanheira ELR, Lodeiro, Nemes MIB, Zarili TFT, Sanine PR, Corrente JE. Avaliação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento *QualiAB*. *Saúde Debate.* 2014 Dez [citado 24 Mai 2017];38(103):679-691. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400679&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140063>.

Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida, MAS, Puttini RF, Soares ID, Patrício KP et al. *QualiAB*: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc.* 2011 Dez [citado 24 Mai 2017]; 20(4):935-947. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/11.pdf>.

Castanheira ERL, Sanine PR, Zarlli TFT, Nemes MIB. *Desafios da atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?* In: Akerman M, Furtado JP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde).

Castanheira ERL; Cadernos de Boas Práticas para organização dos serviços de Atenção Básica >Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo sistema *QualiAB.Org*. Autoria

Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2012 Set [citado 03 Mai 2017] ; 28(9): 1772-1784. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

Carrapato JFL. Qualidade e organização do processo de trabalho na Atenção Básica: percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.

Cavalli LO, Rizzotto MLF, Guimarães ATB. O médico no processo de avaliação externa do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, ciclos I e II. *Saúde Debate*. [Internet]. 2016 Dez [citado 09 Mai 2017] ; 40(111): 87-100. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400087&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611107>.

Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde Alma-Ata, 6-12 setembro 1978, URSS. [Citado 15 abr. 2017]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.

Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. [Internet]. 2010 Nov [citado 23 Dez 2016];10: s14-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Contandrioupoulos AP. *A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: Hartz ZMA (organizador). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004;94(11):1864-74.

Cunha EM Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da atenção primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet]. 2011 [citado 3 Mai 2017];16(Supl 1):1029-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700036>.

Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definitions of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. v.1.

Dawson. L. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920 was published in May 1920. [Internet]. 2016 Nov [citado 22 Dez 2016];Disponível em <http://navigator.health.org.uk/content/lord-dawson's-interim-report-future-provision-medical-and-allied-services-1920-was-publishe>

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):553-63.

Feo O. Dialogando com Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". *Saúde Debate*. [Internet]. 2012 Set [citado 26 Abr 2017]; 36(94):352-354. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300006&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300006>.

Ferreira JB, Bombarda FP, Foster AC, Ibañez ES. *Política e gestão pública de saúde*. São Paulo: Hucitec; 2011. (Saúde debate).

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

Gonçalves R.B.M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde, características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC; 1994.

Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira da Silva LM. *Metaavaliação da atenção à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saude Publica*. [Internet]. 2006 Ag [cited 23 Dez 2016];22(8):1649-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Ibañez N, Rocha JSY, Castro PC, Ribeiro MCSA, Forster AC, Novaes MHD, Viana ALA. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Cienc Saude Colet*. [Internet]. 2006 [acesso 20 set 2013];11(3):683–703. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30983.pdf>.

Kalinichenko O, Amado CAF, Santo SP. *Performance assessment in primary health care: a system literature review*. Portugal: University of Algarve. Faculty of Economics and CEFAGE, UE; 2013.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2010 Ag [citado 3 Mai 2017];15(5): 2307-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.

Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc.* [Internet]. 2011 Dez [citado 26 abr 2017];20(4):867-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

Luppi ET, Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA (organizadores). *Atenção primária à saúde/atenção básica*. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHA. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.

Macinko J, Almeida C, Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* [Internet]. 2007 [citado 21 Mai 2017];22:167-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czm008>.

Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul. Atenção primária à saúde no Brasil. Documento Autoral de APS nos países da América do Sul. Rio de Janeiro: ISAGS (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud) / UNASUR; 2014.

Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação da saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2008 Jan [citado 21 Mai 2017];24(Suppl 1): s29-s41. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300009&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300009>.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2010 Ag [citado 03 Mai 2017];15(5): 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília (DF): OPAS/CONASS; 2012.

Michael L, Parchman ET. Study protocol for “Healthy Hearts Northwest”: a 2 × 2 randomized factorial trial to build quality improvement capacity in primary care. *Implementation Science.* 2016; 11:138.

Monti JFC. Estudo de instrumento e processo de avaliação de serviços pré-hospitalares e redes de urgência e emergência no território do Departamento

Regional de Saúde de Bauru [Tese] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Paulista; 2016.

Mota A, Schraiber LB. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. *Saude Soc.* [Internet]. 2011 Dez [citado 26 Abr 2017];20(4):837-852. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400003&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400003>.

Mudjalieb AA. *Conceitos centrais sobre a organização de redes de atenção saúde (SILOS) / Central concepts on the organization of networks of health care proposals in the report of Dawson and local health systems (SILOS)* [tese]. Rio de Janeiro: SILOS/OPAS; 2009.

Nasser M.A., Avaliação da implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo. Início: 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Orientador: Maria Ines Battistella Nemes).

Nemes MIB, Castanheira ERL, Loch AP, Santos MA, Alves AM, Melchioral R, et al. *Avaliação dos serviços de saúde: a experiência do Quali Aids*. In: Práticas de Avaliação em Saúde do Brasil. Diálogos. Akerman M, Furtado JB. Organizadores. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2016.

Nemes MIB. *A prática programática em saúde*. In: Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, Bruno R (organizadores). Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 48-65.

Nemes MIB. *Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação*. In: Lima AMM, Sala A, Castanheira ERL, Ayres JRCM, Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, Teixeira RR (organizadores). Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1990.

Nemes MIB. Ação programática em saúde: referenciais para análise da organização do trabalho em serviços de atenção primária. *Espaço Saúde*. 1990;2(2):40-5.

Nemes MIB. *Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1996.

Nemes, MIB. Avaliação em saúde: questões para o programa DST AIDS no Brasil. Coleção ABIA, fundamentos da Avaliação, no1, Rio de Janeiro

Novaes HMD. Pesquisa em, sobre e para serviços de saúde: panorama internacional e questões para pesquisa em saúde no Brasil. *Cad Saúde*

Pública. 2004;20(Sup 2): S147-S73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/02.pdf>.

OPAS/OMS. *Renovação da atenção primária nas Américas – documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde*. Washinton: OPAS/OMS; 2007.

Organização Mundial da Saúde. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2008.

Oscar F. Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo atención primaria de salud en debate. *Saúde Debate*. [Internet]. 2012 Set [citado 26 abr 2017]; 36(94):352-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300006&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300006>.

Pugin VM. Apoio Técnico e cooperação estado-municípios para a qualificação da atenção básica: a experiência do programa Articuladores da Atenção Básica no Estado de São Paulo [Tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2016.

Paikes D, Taylor EF; Genevro J, Meyers D. *A Guide to real-world evaluations of primary care interventions: some practical advice- U.S.* Rockville:Department of Health and Human Services; 2014.

Marsíglia RMG. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde / Universalization of the access to the Unified Health System in Brazil: challenges for the Primary Health Care *Cad. Ter. Ocup. UFSCar (Impr.)*; 20(3)dez. 2012.

Melo Daniela Oliveira de, Silva Sílvia Regina Ansaldi da, Castro Lia Lusitana Cardozo de. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016 June [cited 2017 May 30]; 25(2): 259-270. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200259&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200005>.

Reis EJFB, Santos FP, Campos FE, Acúrcio FA, Leito MTT, Leite MLC, Cherchiglia ML, Santos MA. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad Saúde Pública*. 1990;6(1):50-61.

Ribeiro RC, Marin HF. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais

em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(2):204-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200006&lng=pt&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000200006>.

Riley W. Process engineering for primary care: Quality improvement and population health. *Fam Med Community Health.* 2016;4(2):29-3.

Román VR, Hernández Torres J, Mosquera Méndez PA. Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde Debate.* [Internet]. 2012 Set [citado 26 Abr 2017];36(94):392-401. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300011&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300011>.

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 e Soc.* [Internet]. 2011 Dez [citado 23 Dez 2016];20(4):948–60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Sala A Nemes MIB, Cohen DD. *A avaliação na prática programática*. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes Gonçalves RB (organizadores). *Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p.173-93.

Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(4):741-51.

Sala, A.; Mendes.J.M; Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Rev. Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.912-926, 2011

Sanine.PR. Avaliação da Atenção à Saúde da Criança em Unidades Básicas de Saúde no Estado de São Paulo [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2014.

Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, *Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2005 Jun [citado 13 Mai 2017];5(2):229-240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200012&lng=en. doi: [10.1590/S1519-38292005000200012](http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200012).

São Paulo (Estado). Secretária da Saúde. *Monitoramento da atenção básica no Estado de São Paulo, SES/CEALG*. São Paulo: Governo do estado de São Paulo/Secretária da Saúde; 2010. <http://www.cealag.com.br/Trabalhos/MonitoramentoAB/Mapas%20CMMI/Lista.html>

Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, Gestão e avaliação em saúde: identificando problemas, *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):221-42.

Sícoli JL, Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface. Comunic Saúde Educ*. 2003;7(12):91-112.

Silva SA, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da atenção primária à saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a estratégia de saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(5):979-87. Disponível em: [1scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=PT).

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457–502.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília (DF): Unesco; 2002.

Siqueira Fernando Carlos Vinholes, Facchini Luiz Augusto, Silveira Denise Silva da Piccini Roberto Xavier, Thumé Elaine, Tomasi Elaine. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2009 Feb [cited 2017 May 31]; 14(1): 39-44. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>.

Tanaka OY, Oliveira VE. Reformas e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saude Soc*. [Internet]. 2007 Abr [citado 03 Mai 2017];16(1):7-17. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100002>.

Vasconcelos RA. Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança [Dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2011.

Venâncio SI, Cezira ALS, Martins MCFN, Martins PN, Martins RF, Costa TE, Basto RS. *Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família - AMQ: estudo de implantação no Estado de São Paulo*. [Internet] [citado 26 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAt7MAH/avaliacao-a-melhoria-qualidade-estrategia-saude-familia-amq-estudo-implantacao-no-estado-sao-paulo>.

Viana ALA, Rocha JSY, Elias PE, Ibañez N, Novaes MHD. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2006 Set [citado 26 Abr 2017];11(3):577-606. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300009&lng=en. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300009>.

Werneck, M.A.F; Faria, H.P.; Protocolos de cuidado à saúde e de organização de serviços . Nescon, 2009 UFMG Belo Horizonte

Zarili, T.F.. Avaliação de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento *QualiAB* [Dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2015.