

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

STELLA BIANCA GONÇALVES BRASIL PISSATTO

**Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios
do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba**

**Botucatu
2011**

STELLA BIANCA GONÇALVES BRASIL PISSATTO

**Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios
do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Área de Concentração em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da UNESP, para obtenção do título de **Doutor**.

Orientadora: Profa. Dra. ELEN ROSE LODEIRO CASTANHEIRA

**Botucatu
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *SELMA MARIA DE JESUS*

Brasil-Pissatto, Stella Bianca Gonçalves.

Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba / Stella Bianca Gonçalves Brasil-Pissatto. - Botucatu, 2011

Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde Pública.

Palavras-chave: Atenção primária; Avaliação de serviços de saúde; Qualidade.

*DEDICO ao meu filho,
que está a caminho,
mas que já me proporciona a alegria e o prazer
de ser mãe.*

A realização deste trabalho foi possível, graças à colaboração direta ou indireta de várias pessoas. A elas minha gratidão:

A Prof^a. Dr^a. Elen Rose Lodeiro Castanheira pela convivência, ensinamentos e possibilidade de trabalho conjunto. Estes elementos foram indispensáveis à produção deste estudo.

Ao Prof. Dr. José Eduardo Corrente, pela paciência, tolerância e atenção na orientação e auxílio no tratamento estatístico das informações.

A todos os professores do Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo carinho recebido na convivência cotidiana.

À Luceime Olivia Nunes, pela convivência e auxílio na análise do banco de dados.

À Direção Regional de Saúde de Sorocaba, pela atenção e parceria em diversos projetos que contribuíram para a finalização deste trabalho.

A Prof^a. Sra. Maria Ivanete Grando Melaré, pela colaboração na revisão ortográfica.

Aos companheiros dos serviços públicos que atuam na Atenção Básica, pelo valioso trabalho que desenvolvem, pelo desprendimento e coragem em enfrentar tantos desafios.

Aos meus pais e irmãos pelo amor e incentivo sempre.

Ao meu esposo pela paciência, dedicação, incentivo e compreensão nos momentos de ausência

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Básica nos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba, SP. Trata-se de um estudo transversal avaliativo com foco na análise da organização dos serviços, tendo como referência o modo como as ações são oferecidas, operacionalizadas e a organização da gerência nas unidades de saúde. Foi desenvolvida a partir da classificação das unidades de saúde em Grupos de qualidade, correlacionando os modelos de organização e tipos polares de serviços na Atenção Básica; descrição das características das unidades em cada grupo; e descrição do comportamento dos indicadores por Grupo de qualidade nas dimensões Atenção à Saúde e Gerência da Unidade. Os critérios de qualidade utilizados valeram-se das diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica identificados segundo as prioridades epidemiológicas, clínicas e éticas enfatizando as características de processos e complementarmente de estrutura. Analisou-se o banco de dados gerado a partir de instrumento estruturado, auto respondido pelas unidades, o questionário QualiAB ao universo de 320 unidades de saúde em meados de 2007. Foram constituídos quatro grupos de qualidade, sendo que o Grupo Um, com as maiores pontuações, os Grupos Dois e Três as pontuação intermediárias e o Grupo Quatro as menores pontuações. As unidades classificadas no Grupo Um e Três apresentam predomínio das unidades com Estratégia de Saúde da Família e nos grupos Dois e Quatro Unidades Básicas de Saúde tradicionais. A avaliação da qualidade deve ter como princípio a oportunidade de mudança e não um fim em si mesmo, além de apontar caminhos que busquem implementar essas mudanças que passam, necessariamente, pelo envolvimento ativo das equipes locais e por reflexão sobre os processos de trabalho tanto na organização dos serviços na atenção a saúde, como na gerência local. Apesar das limitações de um estudo transversal, o QualiAB demonstrou ser um instrumento que pode ser utilizado, para avaliação da qualidade da atenção básica, tanto pelas equipes locais quanto pelos gestores municipais e estaduais de saúde

Palavras Chaves: atenção primária; avaliação de serviços de saúde; qualidade.

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the quality of primary health care in the municipalities that compose the Regional Health Department of Sorocaba, SP. It is a cross-sectional evaluation focused on the analysis of service organization, analysis of service organization and this actions, with reference to how the shares are offered, operationalized in the management and organization of health units. It was developed from the classification of units of health quality group, correlating the models of organization and polar types of services in Primary Health Care; description of the characteristics of units in each group, and description of the group's behavior of quality indicators in the dimensions Health Care and Management Unit. The data generated provided from the guidelines of the Unified National Health and National Primary Health Care Policy according to the priorities identified epidemiological, clinical and ethical emphasizing the characteristics of processes and structure complementary. We analyzed the database evaluated from structured instrument, auto responder units, the questionnaire QualiAB the universe of 320 health units in mid-2007. We made four quality groups, with Group A, with the highest scores, Groups Two and Three of the intermediate points and the Group Four with lower scores. The units classified in Group One and Three of the units are predominantly occupied with the Family Health Strategy and in groups two and four Basic Health Units traditional. The assessment of quality as a principle should have the opportunity to change and not an end in itself, and point out ways that seek to implement these changes are necessarily for the active involvement of local teams and reflection on work processes in both organization of services in health care services, such as local management. Despite the limitations of a cross-sectional study, the QualiAB proved to be an instrument that can be used to evaluate the quality of primary care teams by both the local and municipal and state health

Keywords: primary health care, evaluation, quality

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Desenho Avaliativo da Qualidade da Atenção Básica com foco na Organização dos Serviços.....	42
Quadro 2	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Gerência; Sub-dimensão: Gerência Local; Componente: Planejamento da Assistência.....	44
Quadro 3	Normas, critérios e indicadores relativos a Dimensão: Gerência; Sub-dimensão: Gerência Local; Componente: Características do Gerente e da Equipe.....	46
Quadro 4	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde da Mulher; Componente: Ações Desenvolvidas no Pré-Natal.....	47
Quadro 5	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde da Mulher; Componente: Ações Dirigidas à Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva...	47
Quadro 6	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde da Mulher; Componente: Prevenção do Câncer Ginecológico.....	48
Quadro 7	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde da Criança; Componente: Atenção ao Recém Nascido.....	48
Quadro 8	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde da Criança; Componente: Atenção à Criança e ao Adolescente.....	49
Quadro 9	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde do Adulto; Componente: Ações ao Adulto e ao Idoso.....	49
Quadro 10	Normas, critérios e indicadores relativos à Dimensão: Atenção à Saúde; Sub-dimensão: Saúde do Adulto; Componente: Atenção ao Portador de Hipertensão e Diabetes.....	50
Quadro 11	Classificação dos serviços em quatro grupos de qualidade, segundo as <i>K-médias</i> das questões pontuadas.....	56
Quadro 12	Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o tipo.....	57
Quadro 13	Regressão logística para pertencimento ao grupo de qualidade, segundo a população e tipo polar de unidade.....	61
Quadro 14	Distribuição da porcentagem das unidades por localização, segundo os grupos de qualidade.....	62
Quadro 15	Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o número de pessoas atendidas por dia.....	63
Quadro 16	Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o número de médicos que compõe a equipe de saúde.....	63

Quadro 17	Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o número de profissionais que compõe a equipe de saúde.....	64
Quadro 18	Distribuição das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo a estrutura.....	65
Quadro 19	Distribuição das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo a realização de procedimentos de rotina....	66
Quadro 20	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente planejamento da assistência.....	69
Quadro 21	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente características do gerente e da equipe.....	74
Quadro 22	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente ações desenvolvidas no pré-natal.....	77
Quadro 23	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente ações desenvolvidas a promoção da saúde sexual e reprodutiva.....	79
Quadro 24	Características das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o planejamento familiar.....	81
Quadro 25	Médias da pontuação das unidades, classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente prevenção do câncer ginecológico.....	81
Quadro 26	Características das unidades referentes ao profissional que colhe o Papanicolaou e periodicidade da oferta, segundo os grupos de qualidade.....	83
Quadro 27	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção ao recém-nascido.....	84
Quadro 28	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção a criança e ao adolescente.....	85
Quadro 29	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção ao adulto e ao idoso.....	86
Quadro 30	Média da pontuação das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção ao portador de hipertensão e diabetes.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tendência da média dos indicadores do componente planejamento da assistência, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	70
Gráfico 2	Tendência da média dos indicadores do componente características do gerente e da equipe, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	75
Gráfico 3	Tendência da média dos indicadores do componente ações desenvolvidas no pré-natal, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	78
Gráfico 4	Tendência da média dos indicadores do componente ações dirigidas a promoção da saúde sexual e reprodutiva, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	80
Gráfico 5	Tendência da média dos indicadores do componente prevenção do câncer ginecológico, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	82
Gráfico 6	Tendência da média dos indicadores do componente atenção a criança e ao adolescente, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	85
Gráfico 7	Tendência da média dos indicadores do componente ações ao adulto e ao idoso, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.....	87

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Distribuição dos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (DRS 16) segundo as regiões de saúde, 2008.....	52
Figura 2	Classificação dos serviços em quatro grupos de qualidade, segundo as <i>K-médias</i> das questões pontuadas QualiAB, 2007.....	56
Figura 3	Distribuição dos serviços de atenção básica por tipo polar e grupo de qualidade, QualiAB, 2007.....	59

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDPI	Ações Integradas de Doenças Prevalentes na Infância
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
BCG	Vacina contra tuberculose
CAADAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELB	Estudos de Linha de Base
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PASC	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PCAT	Primary Care Assessment Tool
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	12
1.1 Avaliação de Serviços de Saúde.....	17
1.2 Avaliação com foco na Implantação de Programas.....	24
1.3 Avaliação com foco na Organização da Assistência.....	26
1.4 Avaliação da Atenção Básica.....	29
2. Objetivos.....	37
3. Metodologia.....	38
3.1 Desenho Avaliativo.....	38
3.2 Departamento Regional de Saúde de Sorocaba.....	52
3.3 Modelo de Análise Estatística.....	53
4. Resultados.....	55
4.1 Caracterização dos Grupos de Qualidade.....	55
4.2 Características Gerais dos Serviços – Variáveis Descritivas.....	62
4.3 Indicadores de Qualidade – Desempenho nas Dimensões Avaliadas.....	68
4.3.1 Gerência. Subdimensão: Gerência Local	68
4.3.2 Atenção a saúde. Subdimensão: Saúde da Mulher.....	77
4.3.3 Atenção a saúde. Subdimensão: Saúde da Criança.....	84
4.3.4 Atenção a saúde. Subdimensão: Saúde do Adulto.....	86
5. Discussão.....	89
6. Considerações Finais.....	98
Referências.....	102
Anexo – A QualiAB.....	113
Anexo – B Análise Fatorial	134

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa avaliativa, no interior da vertente de avaliação da qualidade de serviços. O foco avaliativo é a organização do trabalho em serviços de Atenção Básica, por referência às ações de atenção à saúde e gerência local. Os padrões que norteiam a avaliação, conforme discutiremos mais detalhadamente, foram construídos a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define diretrizes e pressupostos para a organização das unidades de saúde municipais do Sistema Único de Saúde em todo Brasil. Assim, este trabalho busca contribuir para a gestão do sistema de saúde e reorganização da atenção a partir da Atenção Básica.

É importante destacar que a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, aprovada em 2006, vem gradualmente fortalecendo esse nível de atenção como porta de entrada preferencial e estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, prevê a atuação em unidades de saúde e também junto à comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e assistência (BRASIL, 2006b).

Desde o início da década de 1990, o SUS vem se consolidando por meio de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde e, mais recentemente, em 2006, pelo Pacto de Gestão. As referidas normas procuram instrumentalizar o processo de descentralização e construção de uma rede de serviços que seja capaz de renovar a racionalidade do sistema. Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), a Atenção Básica vem, desde então, acumulando responsabilidades, assumindo o papel não apenas de porta de entrada para níveis de sistema com serviços de maior complexidade, mas também de ser um nível primeiro de atenção, reconhecido como potencialmente dotado de maior resolubilidade em relação aos problemas de saúde mais frequentes na população. Dessa maneira, é-lhe atribuída a função de “resolver”, no sentido de “dar respostas satisfatórias” em termos individuais e coletivos, para a maioria dos problemas da saúde, por meio de atividades integradas à rede de serviços do município em que executa as ações e da

região onde se insere, conforme as diferentes realidades locais e regionais (BRASIL, 1996, 2006a).

Já a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS/01) trouxe um conjunto de estratégias articuladas em torno do pressuposto de que, naquele momento de sua implantação, o avanço do SUS tinha como elementos centrais: a ampliação das responsabilidades dos municípios, com a garantia de acesso aos serviços de Atenção Básica; a regionalização e a organização funcional do sistema (BRASIL, 2001).

Mais recentemente e com o objetivo de integrar as responsabilidades sanitárias entre os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) com metas estabelecidas e prazos a serem cumpridos, o Pacto pela Saúde (Pacto de Gestão e Pacto pela Vida) foi implantado a partir de 2006, pressupondo outra forma de utilização de recursos, de processos e de ordenamento de fluxo no atendimento da demanda com a articulação intersetorial e participação da população (BRASIL, 2006a).

É importante frisar que o Pacto de Gestão pode oferecer um salto de qualidade, se for realizado por meio de planejamento ascendente, no qual a lógica da cooperação financeira obedeça à necessidade de saúde da população com equidade. Dessa forma, pode aproveitar as oportunidades de cooperação para corrigir as desigualdades e investir, fazendo o pacto ganhar sentido e eficácia (TREVISAN e JUNQUEIRA, 2007).

Nesse contexto, o gestor público municipal vem se defrontando com uma prática de grande complexidade: garantir as diretrizes do SUS, como a universalidade e a equidade na prestação de serviços, desenvolver bons processos decisórios tanto em relação à organização da produção como na execução dos cuidados em saúde, criar condições para o desenvolvimento de ações integrais de saúde e, ainda, encontrar a melhor via de obter alta resolubilidade e boa qualidade técnica e científica das ações que serão produzidas (SCHRAIBER *et al*, 1999).

Além dessa complexa prática, o gestor municipal enfrenta orçamentos limitados para custear as ações em saúde. Considerando que as estratégias de atenção à saúde priorizadas pelo governo Federal para a Atenção Básica são a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), existe incremento no repasse dos recursos financeiros Federais, o que torna atraente para os governos municipais a adesão a tais programas.

Entretanto o Estado de São Paulo, principal pólo de desenvolvimento econômico do país, já possuía muitos serviços organizados nos moldes tradicionais, o que se desdobrou na constituição de uma rede “mista” formada por unidades organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e por unidades convencionais (UBS Tradicional) com diferentes padrões de organização.

Sendo os recursos públicos destinados à saúde escassos e finitos, determinar onde investir, o que universalizar e disponibilizar como atividade, programa e serviço constituem grandes desafios para o planejamento e o orçamento do setor (BOLDSTEIN, 2002). Em face das complexidades de gestão e gerência do SUS, associados às fortes desigualdades regionais e ao contexto de relações federativas altamente competitivas, pode haver tensões quanto à racionalidade sistêmica, financiamento e modelo de gestão (D’AVILA, LIMA e OLIVEIRA, 2002).

Nesse contexto de construção do SUS, a garantia do acesso e a descentralização das ações são prioridades, ficando as avaliações dos serviços de saúde - processos ainda localizados - pouco incorporados às práticas e com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo do que subsidiário no planejamento e na gestão (BRASIL, 2003).

Mesmo que de modo ainda incipiente, o Ministério da Saúde vem monitorando e avaliando as ações da Atenção Básica à saúde por meio de indicadores de desempenho construídos com dados secundários, disponibilizados em *sites* oficiais. Esses indicadores vêm sendo definidos desde a aprovação do Manual para Organização da Atenção Básica, em sua primeira versão em 1998, para acompanhamento das ações nos sistemas municipais de saúde. Sua pretensão era avaliar metas previamente pactuadas ao final de cada ano. Desde então, os indicadores são revistos e atualizados anualmente, ficando sob a responsabilidade dos municípios a sua alimentação *on line*, o que proporcionou amadurecimento no processo de pactuação e busca de indicadores mais representativos (BRASIL, 2003).

Reconhecendo a importância do monitoramento e avaliação da Atenção Básica, o Ministério da Saúde também criou o Departamento de Atenção Básica e instituiu a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica, com o propósito de melhor instrumentar-se para formular e conduzir os processos avaliativos relacionados à Atenção Básica à saúde (BRASIL, 2005a). A partir desse momento, muitos estudos foram desenvolvidos em parceria com instituições

financiadoras, institutos de pesquisa e universidades, visando acompanhar, monitorar e avaliar intervenções de saúde, sejam elas programas, ações e/ou projetos.

Assim, um dos instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde “A Avaliação para a Melhoria da Qualidade” (AMQ) tem como objetivo aferir os níveis de qualidade, bem como os avanços alcançados e a melhoria da qualidade da gestão dos serviços e das práticas de saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Na condução desse processo, utilizam-se questionários autoavaliativos desenvolvido especificamente para a Estratégia de Saúde da Família, mas que podem ser respondidos por outros tipos de unidades. Esses questionários são direcionados ao gestor municipal, ao coordenador de unidade e aos profissionais de nível superior. Oferece ainda subsídios para que os atores envolvidos no processo possam intervir na gestão e na prática das equipes no sentido de melhorar a qualidade, além de contribuir para a implementação de uma cultura avaliativa (BRASIL, 2005b).

Outros estudos vêm sendo desenvolvidos no país, como os de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf). Esses estudos avaliam os serviços sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família e alguns realizam comparações destas com as UBS tradicionais, sendo que a maioria deles aponta um melhor desempenho das unidades organizadas segundo a ESF.

Entretanto, poucos estudos tomam para avaliação o conjunto das unidades de atenção básica. Deve-se considerar que existem vários arranjos organizacionais entre as unidades da rede básica, principalmente nos municípios do Estado de São Paulo, e que devem ser avaliados. Esse contexto aponta a necessidade de avaliar quais as potencialidades e limites dos diferentes tipos de serviços de atenção básica, bem como o modo de gerência e organização das ações que efetivam de fato a Política Nacional da Atenção Básica.

Nesse sentido, o presente estudo realiza uma avaliação transversal da qualidade do conjunto dos serviços de atenção básica dos quarenta e oito municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba, SP. Fundamenta-se no pressuposto de que a organização do processo de trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, bem como a sua gerência, são importantes na definição da qualidade da Atenção Básica dos municípios, como dimensões com poder de determinação próprio, e possível de ser avaliado separadamente, ainda

que interdependente de dimensões políticas, de gestão e financiamento definidas para a Atenção Básica nas três esferas de governo.

A presente pesquisa foi realizada como parte do estudo desenvolvido no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP intitulado: “Avaliação da gestão da Atenção Básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”, financiado pela FAPESP, Processo n.º 05/58652-7. Os resultados desse estudo apontaram que o tamanho do município, ou seja, o número de habitantes, e o tipo de unidade contribuem para a qualidade da Atenção Básica (CASTANHEIRA *et al*, 2007). Tal apontamento fez despertar o interesse em se aprofundar a avaliação da qualidade da Atenção Básica em um Departamento Regional de Saúde, o de Sorocaba por este ser composto por três regiões de saúde heterogêneas, tanto quanto aos indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos, como em relação ao perfil geral de organização dos serviços, constituindo-se desse modo como representativo das diferentes realidades presentes no Estado de São Paulo.

Sendo assim, este trabalho inicia-se convidando o leitor para discussão sobre o contexto da Atenção Básica no Brasil, bem como sobre a sua complexidade, principalmente em relação à avaliação dos serviços desenvolvidos nesse nível de atenção. Em seguida, aborda-se o histórico da avaliação em serviços de saúde, incluindo os tipos de avaliação e os principais enfoques encontrados na literatura nacional e internacional, com destaque para os que têm interfaces com a pesquisa, sendo eles: avaliação da implantação de programas, avaliação da organização da assistência e avaliação da atenção básica. Na sequência, retrata-se o desenho avaliativo, as normas, critérios e indicadores de qualidade, bem como o instrumento utilizado para a coleta de dados para avaliação das unidades de saúde. Segue-se a apresentação dos resultados obtidos e a discussão em relação ao tipo de unidade e o modo de organização da atenção e gerência dos serviços.

1.1 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Avaliar consiste em julgar, mensurar, classificar, analisar criticamente, pressupondo sempre a atribuição de valor. É considerada uma atividade antiga e essencialmente humana (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005; UCHIMIRA e BOSI, 2004).

A avaliação pode ser compreendida também como a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios estabelecidos para determinar valor ou mérito à qualidade, eficácia ou importância do objeto avaliado em relação a esses critérios (WORTHEN, SANDERS e FITZPATRICK, 2004).

Os Estados Unidos (EUA) foram pioneiros na produção de pesquisas em avaliação na década de 1920 e 1930 com ênfase na avaliação hospitalar (acreditação). Na década de 1960, motivada pela Política de Bem-Estar Social, a demanda em relação à avaliação estava voltada aos programas implantados na época. Com a expansão do desenvolvimento científico e tecnológico na década de 1970, as publicações se intensificaram, aprofundando a dimensão técnica e econômica, visando verificar a efetividade (epidemiológica e clínica), as condições de produção, a operação e manutenção de equipamentos e materiais. Apesar de a produção de pesquisas retrair-se na década de 1980, foram construídos critérios para determinar bons estudos avaliativos como: utilidade (informação necessária), viabilidade (recursos), pertinência (necessidade) e precisão (técnica e recorte). Em 1989, nos EUA surgiu a agência para cuidados de saúde e pesquisas políticas e em 2000 a agência para pesquisa de cuidados em saúde e qualidade (FURTADO, 2006; NOVAES, 2000).

Já os países centrais, na década de 1950, faziam avaliação focando o processo e os efeitos sobre saúde-doença, desempenho do sistema e impacto sobre a saúde na população. Na Europa, Canadá e Austrália, a avaliação ganhou força na década de 1980; na década de 1990, as publicações e pesquisas sobre serviços de saúde tinham como finalidade a orientação para a utilidade e conhecimento produzido nos processos de decisão. As questões levantadas eram relativas à qualidade, efetividade e custo-efetividade, e as informações produzidas permitiam embasamento dos serviços que deveriam ser adequados, efetivos, eficientes e

aceitáveis. A perspectiva era populacional, com valorização dos dados secundários (FURTADO, 2006; NOVAES, 2000).

No caso dos países em desenvolvimento, a avaliação deu-se por iniciativas internacionais, para priorizar as necessidades de saúde, sendo que, no Brasil, apesar da expansão dos serviços e tecnologias, ainda era incipiente na década de 1990. No setor público, a avaliação de programas existia discretamente; as Secretarias Estaduais de Saúde, no Brasil, utilizavam metodologias para avaliar o desempenho do sistema de saúde, monitorando os indicadores de Atenção Básica, sendo que os poucos estudos avaliativos concentravam-se nas Universidades. Já no setor privado, a avaliação ocorreu na gestão, garantia da qualidade, acreditação e monitoramento hospitalar (NOVAES, 2000 e 2004; FURTADO, 2006).

Importante ressaltar que toda proposta de avaliação remete à idéia de qualidade, diante do pressuposto de conhecer para melhorar. A avaliação do serviço de saúde não é diferente, sendo que o ponto de partida fundamental sobre a qualidade destaca-se no referencial teórico descrito por Donabedian, a partir dos conceitos sistêmicos da avaliação de estrutura, processo e resultado.

Classicamente considerados como tríade, esses sistemas produzem medidas aceitáveis sobre os componentes da qualidade do cuidado, mais especificamente do cuidado médico, no sentido de resposta terapêutica. Assim a estrutura se refere aos aspectos relacionados aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Já o processo remete à forma como se organizam as ações e o exercício das profissões, enquanto o resultado aponta o produto final da assistência prestada, satisfação de padrões e de expectativa (DONABEDIAN, 1988).

Em relação a avaliação dos serviços de saúde, essa tríade vem sendo utilizada como potencialidade explicativa em que procura-se identificar variáveis de estrutura para o pesquisador se apropriar e descrever as características do serviço e seus recursos, mesmo considerando que essa abordagem seja de baixa sensibilidade, pois disponibilizar recursos e tecnologias não garante serviços de qualidade, porém com alta especificidade, pois, quando a estrutura é ruim, o processo de trabalho pode estar comprometido. A avaliação da estrutura dos serviços é mais utilizada para certificação e em processos de acreditação, enquanto a abordagem do processo reflete a melhoria da qualidade mais imediata, pois é mais fácil de se coletarem dados quando comparados com os resultados. Já os resultados dependem da identificação e associação de vários outros fatores que

interferem direta e indiretamente, além de tempo para o seguimento e correlação desses com os resultados obtidos (NEMES, 2001).

O referencial teórico em relação ao conceito de qualidade mais utilizado para avaliação dos serviços de saúde são os pressupostos por Donabedian (1990), como os "sete pilares": a EFICÁCIA (o melhor que se pode fazer, dadas as condições mais favoráveis); a EFETIVIDADE (resultado alcançado, ou seja, o grau em que se alça ao nível de melhoria); a EFICIÊNCIA (relacionada ao custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada); a OTIMIZAÇÃO (processo de se adicionarem benefícios proporcionalmente aos custos acrescidos que justifiquem sua razão de ser); a ACEITABILIDADE (adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias); a LEGITIMIDADE (aceitabilidade do cuidado da forma com que é visto pela comunidade ou sociedade em geral); e a EQUIDADE (princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população)

A qualidade também tem sido utilizada em outro sentido, ou seja, não apenas a qualidade da atenção, como também a satisfação com os serviços, os custos da atenção, a qualificação da equipe de saúde, a segurança, adequação dos equipamentos e ambiência das unidades de saúde. Pode ser vista tanto sob uma perspectiva do indivíduo, populacional, como clínica e profissional. Assim, a qualidade da atenção está relacionada à forma pela qual o serviço de saúde atende, levando em consideração o reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde da população, não se restringindo apenas ao manejo da doença, mas para ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, porém com enfoque no cuidado e desempenho do serviço (STARTFIRLD, 2002).

No panorama internacional, durante a década de 1990, a finalidade da avaliação apontava para três tipos: pesquisa de avaliação (investigação avaliativa com enfoque no impacto, identificando e estabelecendo relação de causalidade), avaliação para a decisão (pesquisador com posição decisiva no processo, estando o enfoque no reconhecimento do objeto com a finalidade de implantação) e avaliação para a gestão (produção de informação, contribuindo para o aprimoramento do objeto avaliado). Quanto às vertentes, podem ser tecnológica (efetividade e custo) e de programas (implantação e impacto), sendo que ambas têm interfaces entre si e com a avaliação da qualidade, ciências sociais, política e planejamento (NOVAES, 2000).

Frequentemente é possível encontrarem-se pesquisadores que consideram relatórios, descrições de programas e alcance de metas como avaliação, porém, para que a pesquisa avaliativa seja considerada boa e completa, necessita de parâmetros que produzam indicadores de estrutura, processo e resultado para comparação, julgamento e explicação. A construção desses indicadores pode caracterizar maior desafio da pesquisa avaliativa, pois, como qualquer investigação científica, deve conter os requisitos metodológicos (validade interna e externa). Outro desafio para as pesquisas avaliativas é definir os efeitos da intervenção, pois os programas de saúde nem sempre foram planejados com metas e parâmetros definidos, limitando-se apenas a recomendações (NEMES, 2001).

Hartz (1999) aponta que os problemas conceituais e operacionais indicam a necessidade de se construir um modelo teórico para se avaliar e que esse deve conter o problema ou comportamento visado pelo programa, população-alvo e o contexto, além do conteúdo ou atributos necessários e suficientes para produzir os efeitos esperados.

Ainda Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que o modelo teórico ideal aumenta a efetividade e eficácia dos sistemas e prevê: integração estrutural (organização), clínica (práticas) e cooperação (negociação entre atores e organizações), além de integração sistêmica (sistema de saúde com a rede integrada de cuidados), integração normativa (sistema coletivo de responsabilidade de valores), integração funcional (gestão, informação e recursos); integração da equipe clínica (sistema clínico com governança) e integração de cuidados. Essa abordagem com foco sistêmico utiliza medidas relacionadas às condições norteadoras das ações programáticas.

A pesquisa avaliativa de serviços de saúde nos referenciais teóricos internacional e nacional aponta para o foco no paciente/consumidor (usuário) quando se refere aos resultados/impacto na organização da assistência, no processo de trabalho e na implantação de programas.

Em relação aos pacientes (consumidores), os pesquisadores interessaram-se por esse foco na década de 1960 nos EUA (SERAPIONE, 1999) sob a perspectiva da satisfação. A produção científica nos anos de 1970 a 2005 apontam para a compreensão do conceito de satisfação e do seu quadro teórico, seus determinantes e aplicação do conceito nos serviços de saúde. É importante lembrar que, no Brasil, se usa o termo usuário, e esse vai para além de paciente e consumidor, parte do

pressuposto do direito social de cidadania. Esperidião e Trad (2006) apontam algumas teorias para a avaliação com foco nos usuários como: de atitude: avaliação positiva e negativa (acesso, eficiência, custo); da realização das necessidades: desejado e/ou esperado com o que é obtido; da equidade: ganhos e perdas (comparação social de uma paciente com os demais); da realização da expectativa: mais centrada (o usuário demonstra satisfação quanto ao que recebe); e da discrepância: perspectiva e experiência, sendo essa a mais utilizada.

Vaitsman e Andrade (2005) discutem os conceitos de satisfação do usuário, de responsividade, de humanização e de direitos do paciente. Para as autoras, “enquanto as pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, o conceito de responsividade fortaleceu sua posição, dando ao paciente o status de um indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos válidos universalmente”.

Vários instrumentos para a avaliação dos serviços são apontados para a coleta de dados com os usuários, porém Kloestzel *et al* (1998) evidenciam as entrevistas, utilizando ícones como as mais sensíveis entre as que utilizam notas para os ícones, questionário pessimista e questionário otimista. Apontam ainda que os problemas levantados pelos usuários são referentes à demora no atendimento, ao obstáculo no acesso e à dificuldade para obter medicação.

A leitura pesquisada sobre a produção científica nacional envolvendo esse foco de avaliação mostra que as principais queixas dos usuários são referentes à organização do serviço, explicitados por: número limitado de atendimentos, filas, demora e horários para atendimento; e os referentes à estrutura como: precariedade das instalações físicas, falta de conforto, ausência de alguns serviços específicos na própria unidade e os de referência (GOMES *et al*, 1999; FELISBERTO e SAMICO, 1999). Trad *et al* (2002) pesquisaram, além das dimensões organizacionais e estruturais, as dimensões cognitiva e a relação com profissional, sob o ponto de vista dos usuários, como o estudo desenvolvido em cinco municípios da Bahia.

A avaliação com foco apenas no usuário é, portanto, limitada, mostrando a satisfação da expectativa explicitada pelos mesmos. Nesse sentido, o próprio acesso ao serviço pode ser considerado um atributo de qualidade e não um direito de cidadão adquirido legalmente e assim o serviço deve dar conta da sua expectativa e não do seu problema de saúde. Geralmente os usuários são abordados para pesquisa nos próprios serviços e a insatisfação é expressa somente

quando o efeito for muito ruim, não permitindo a análise dos usuários que não tiveram o acesso.

Sugerem-se os modelos combinados para avaliação, considerando nessa perspectiva não somente a satisfação do usuário, mas sim as características dos mesmos, bem como a avaliação dos profissionais e os aspectos relacionados ao ambiente. Existe, porém, divergência entre os autores, apontando para a baixa validade externa, aumento da valorização da expectativa e não das necessidades e falta de consistência interna (ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Outro foco de avaliação dos serviços encontrado na literatura pesquisada foi nos resultados e/ou impactos. A avaliação dos resultados está diretamente relacionada aos efeitos nos indivíduos, assim o que se pretende, nesse foco de avaliação, leva em consideração as inovações tecnológicas e o desempenho dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a qualidade que se quer aferir é a melhor estratégia possível de tratamento do paciente no cuidado da saúde. Já o impacto se refere aos efeitos na população, ou seja, às condições de vida e saúde.

Ambos os focos de avaliação, resultados e impactos são desafios, pois considerar que a ação está diretamente relacionada com o efeito é um processo complexo, mesmo porque indicadores de saúde e de condições de vida são determinados por vários outros fatores, tanto de estrutura como de processo. Outra dificuldade apontada está na definição de indicadores que possam refletir esses resultados, tanto na atenção à saúde individual quanto na população.

Para se vencerem esses desafios, pesquisadores canadenses partiram de uma lista com vários indicadores de resultados e sugeriram, por consenso, indicadores que representam os aspectos de: prevenção, promoção, cuidados agudo e crônico, interação com os pacientes e organização de prática e gestão. Considerando esses aspectos, os indicadores clínicos foram os que apresentaram maior probabilidade de ter associação com a avaliação de resultados. Apontam ainda que são poucos os estudos e, portanto, pouca a evidência dos efeitos das práticas de indicadores de gestão sobre os resultados na saúde dos indivíduos (BANSLEY *et al*, 2005).

Outro estudo, também canadense, chama a atenção para a complexidade da interpretação dos dados referentes aos indicadores de resultado e apontam que a correlação entre indicadores de saúde, como saúde autoavaliada, índice de massa corpórea, índice de asma, índice de diabetes, saúde funcional e expectativa de vida

é maior entre os indicadores de determinantes não-médicos, como os referentes ao comportamento de saúde, condições de vida, recursos pessoais, de trabalho e fatores ambientais, quando comparados com o desempenho de cuidado em saúde (aceitabilidade, acessibilidade, adequação efetividade, segurança e vigilância de saúde), e características da comunidade e do sistema (ARAH e WESTERT, 2005).

Ainda no Canadá, foram identificados os indicadores de desempenho com foco na organização e processo de cuidados clínicos que se correlacionam com os indicadores de resultados. Esse estudo foi realizado pela técnica Delphi com profissionais (médicos e enfermeiros), que construíram quadro com 131 indicadores, sendo que 51 deles foram considerados de alto consenso, 19 moderados e 38 como básicos (BARNSELY *et al*, 2005).

Os estudos realizados nos Estados Unidos para avaliação de resultados são referentes aos cuidados médicos (*medicare*), buscando a efetividade e segurança do paciente. Esses estudos foram realizados tanto para análise do método, como os trabalhos de análise de especificidade e sensibilidade na observação direta dos atendimentos, entrevista e registro em prontuários, objetivando a avaliação em relação ao desempenho das ações clínicas dos profissionais de saúde, tendo como padrão as normas técnicas (HERMIDA, NICHOLAS e BLUMENFELD, 1999), como de comparação entre o desempenho de profissionais que acompanham os pacientes na internação hospitalar e na atenção primária relacionada com a mortalidade, custo e readmissão de pacientes com agravos (RIFILIN *et al.*, 2002). Os atributos da atenção primária também foram avaliados, como a continuidade do cuidado, apontada pelo autor como central na relação médico-paciente nesse nível de atenção (CHISTALIS, 2003).

No Reino Unido, a avaliação de resultado visa efetividade do cuidado em saúde, como mostra o estudo realizado sobre a obesidade infantil, por meio da avaliação do papel dos médicos e enfermeiros na percepção dos profissionais de saúde (WALKER *et al*, 2007) e sob a experiência da população, como a avaliação da continuidade longitudinal do cuidado, ou seja, repetidas consultas com o mesmo profissional com o intuito de criar vínculo (SALISBURY *et al*, 2009).

Já os estudos nacionais com foco nos resultados avaliaram serviços especializados. Um dos trabalhos foi realizado por Noronha *et al* (2003), ao verificar a existência de relação entre o volume de cirurgias de revascularização do miocárdio e a taxa de mortalidade pós-cirurgia. Os pesquisadores evidenciaram que, quanto

maior o volume de pacientes operados, menores são os riscos de morrer no pós-operatório.

Outro serviço especializado avaliado com foco nos resultados foi o Programa de Controle de Leishmaniose no município de Feira de Santana, Bahia. Oliveira e Araújo (2003) utilizaram como variáveis as ações desenvolvidas voltadas para o vetor e ao reservatório doméstico relacionadas com a incidência de Leishmaniose Visceral.

A efetividade das ações programáticas desenvolvidas no controle da hipertensão, na Atenção Básica, também foi avaliada pelos autores Sala, Nemes-Filho e Eluf-Neto (1996). Nesse estudo, os pesquisadores encontraram manutenção dos níveis pressóricos em pacientes que não faltavam às consultas programadas, ou seja, aqueles que aderiram ao seguimento, considerando a presença do paciente na unidade de saúde uma determinante na evolução favorável da hipertensão arterial.

São poucos, portanto, os estudos nacionais publicados com foco nos resultados, enquanto os que existem apresentam análise complexa. A pesquisa avaliativa desenvolvida no cenário nacional com maior destaque tem como foco a implantação de programas, o que será abordado a seguir.

1.2 AVALIAÇÃO COM FOCO NA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS

A análise de implantação de um programa identifica os processos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, permite ajustes, além de proporcionar conhecimento da totalidade das intervenções, ou seja, a validade do conteúdo e defasagem entre o planejado e o executado. Para tanto, a construção do modelo teórico se faz necessária, como a descrição dos componentes, práticas, contexto organizacional, etapas e os resultados esperados, assim como a construção de indicadores utilizados na avaliação (HARTZ *et al.*, 1997).

Os primeiros estudos da avaliação de implantação de programas no Brasil foram realizados por Hartz na década de 1990, como a implantação do Programa Materno Infantil em um estudo de caso múltiplo com unidade de análises imbricada em dois municípios do Rio Grande do Norte. Nesse estudo, a mortalidade infantil foi

utilizada como indicador de desempenho em função das características de sua implantação, e como resultado a qualidade do programa, ou seja, a implantação satisfatória influencia os indicadores de mortalidade e as políticas sócio-econômicas, mantendo relações dinâmicas condicionantes e/ou condicionadas de seu próprio desenvolvimento (HARTZ *et al.*, 1997).

Vários outros autores utilizam esse foco para a avaliação da implantação dos mais variados programas. Uma delas foi realizada por Felisberto *et al.* (2002) referente ao grau de implantação da Atenção Integrada de Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) quanto à estrutura e processo no contexto organizacional do município. Esse mesmo programa foi avaliado também sob a perspectiva dos agentes comunitários de saúde (ACS) mediante a observação do uso do "Manual de condutas" durante as visitas domiciliares às crianças menores de cinco anos (VIDAL *et al.*, 2003). Ainda referente a esse mesmo tema (AIDPI), Samico *et al.* (2005) realizaram avaliação da implantação da atenção à saúde das crianças em dois municípios do Estado de Pernambuco, partindo de três unidades de análise referente aos tipos de unidade (Estratégia de Saúde da Família com e sem AIDPI e Unidades Básicas de Saúde), encontrando implantação satisfatória nas unidades com ou sem ESF e insatisfatória nas UBS em um dos municípios; no outro, a implantação foi insatisfatória em todas as unidades.

Outro programa no qual se avaliou a implantação foi o de Humanização do Pré-natal (PHPN). Apesar de preliminares, os autores encontraram diferenças entre a implantação do programa nas regiões, bem como evidências de que a organização e gestão dos serviços se relacionavam com o desenvolvimento econômico e social e que apenas para pequena parcela das mulheres cadastradas houve registro do cumprimento integral dos critérios (SERRUYA, LAGO E CECCATTI, 2004). Esse mesmo tema foi estudado, avaliando-se a implantação do programa "Mãe Curitibana", utilizando-se as diretrizes técnicas estabelecidas pelo próprio programa em uma coorte de primigesta, sendo que os indicadores propostos foram as metas estabelecidas, os procedimentos essenciais e sua adequação (CARVALHO e NOVAES, 2004).

A implantação do programa de redução de morbimortalidade por acidente de trânsito também foi avaliada e os autores apontam entraves como: falta de tradição nas ações intersetoriais, pouca visibilidade do problema, mudança na coordenação e interferência política. Alguns êxitos também foram pautados, como: experiência de

trabalho com esse tema pela Secretaria Municipal, processo de articulação intersetorial, visibilidade para a população, produção de indicadores e metodologia de avaliação (SOUZA, MINAYO e FRANCO, 2007).

Vieira da Silva *et al* (2007) analisaram comparativamente a implantação dos componentes relacionados com a descentralização da gestão da saúde em cinco municípios. Nesse estudo, os autores identificaram três níveis de análise: componentes do governo, de gestão de saúde e de prática assistencial, sendo que a descentralização foi classificada em avançada, intermediária e incipiente em cada nível de análise.

Assim como a gestão, a implantação da reestruturação da Atenção Básica também foi avaliada sob três dimensões: cuidado integral e organização da atenção, preditivo institucional e desempenho do sistema de saúde. Os autores concluíram que existe grande diversidade na organização do processo de trabalho na Atenção Básica influenciado pela equipe local e que está longe da realidade dos municípios, além da dificuldade de infraestrutura e informação (CAMARGO-JUNIOR *et al*, 2008).

Programas mais específicos, como a implantação da assistência em contracepção desenvolvida no município, foram avaliados por Nagahana (2009). Como resultado, a autora pôde classificar a implantação nas unidades como intermediária, seguida de incipiente e nenhuma avançada, sendo que a estrutura foi avaliada como avançada, mas a assistência intermediária e a organização como incipiente.

A literatura pesquisada mostra que a produção científica envolvendo esse foco de avaliação vem aumentando, os autores utilizam metodologias e instrumentos diversos para a análise dos dados.

1.3 AVALIAÇÃO COM FOCO NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Partindo dos pressupostos de que a assistência é complexa, multiprofissional e organizada segundo as prioridades clínicas, epidemiológicas e éticas, além das características de estruturas, é essencial monitorar os processos, que são tão importantes quanto a formação técnica dos profissionais, e ambos instrumentalizam

intervenções na tomada de decisão mais efetiva com os compromissos técnicos e éticos do serviço.

Quando se avalia a gerência remetendo ao cumprimento das metas, existem tensões entre princípios éticos normativos da universalidade, qualidade e com o fazer o mínimo na Atenção Básica (SCHAIBER, 1999).

Após a análise de alguns estudos avaliativos com foco na organização da assistência, foi possível encontrar estudos sob várias perspectivas. Um deles, por meio de inquérito populacional, que aponta a falta de vínculo entre o profissional da atenção básica e a comunidade e que as ações educativas individuais são desenvolvidas nesses serviços (FORMIGLI, COSTA e PORTO, 2000). Outros estudos indicam que os profissionais buscam a integralidade das ações, encaminhando o usuário para outros serviços sem comunicação sobre o caso, caracterizando o que os autores chamam de equipe agrupamento, ou então que existe antevisão da demanda com previsão dos profissionais em relação às necessidades dos pacientes com encaminhamento para outras especialidades, e que apenas as capacitações são espaço para a construção de um projeto assistencial comum com integração dos profissionais, além de preparar profissionais para assistência, proporcionando assim a concretização da construção coletiva do projeto de trabalho e a possibilidade de incorporar o cuidado às práticas profissionais de reconhecimento e aprofundamento das dimensões comunicativas entre os profissionais e os usuários (SILVA *et al*, 2004). Ou seja, ainda se identificam vários serviços de assistência à saúde com padrão tecnológico centrado no médico, fragmentado e impessoal, tanto na atenção básica como nos serviços especializados, contrapondo com os serviços multiprofissionais e respeitando a individualidade do usuário (NEMES, 2004). A questão da referência e contrarreferência também é apontada como desgastante por autores que estudaram os serviços especializados em DST/AIDS (MINAYO *et. al*, 1999).

Outra maneira de se estudar a organização da assistência na atenção básica pode ser feita reconstruindo-se as trajetórias de contatos com unidades de saúde e adequação de morbidade ao perfil organizacional dos serviços. Um exemplo dessa avaliação foi realizado por Kovacs, Feliciano e Marinho (2005). Outro estudo realizado em município paulista avaliou os atendimentos no Pronto Socorro, monitorando dois aspectos de mudança: a efetivação e a integralidade do cuidado. Esse estudo apontou também categorias semelhantes como: falta do médico na

unidade básica, falta de vaga para atendimento no dia, agendamento distante, orientação restritiva, falta de acesso e desconfiança (PUCCINI e CORNETTA, 2008).

A identificação da cobertura da assistência prestada pelos serviços na Atenção Básica também pode ser outra forma de se avaliar a organização. Assim, foi realizado um estudo em Maringá com as pessoas falecidas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e cobertura do acompanhamento das fichas de cadastro de unidades de saúde da família (BATISTA, MARCON e SOUZA, 2008).

Outro ponto a se considerar na organização do processo de trabalho são os vínculos empregatícios a que os profissionais são submetidos. Um exemplo desse tipo de avaliação foi realizado com o serviço de saúde bucal nas unidades com ESF no Estado do Rio Grande do Norte. A avaliação foi feita a partir das categorizações relacionadas à organização do trabalho da equipe e estratégias de programação desenvolvidas pelos profissionais. Esse estudo apontou precariedade nas condições de trabalho dos profissionais com contratações sem critérios ou concursos, favorecendo as práticas clientelistas e com instabilidade no emprego que podem interferir na assistência prestada (SOUZA e RONCALLI, 2007).

O processo de trabalho, quando se refere à assistência do profissional, representa outra forma de se avaliar a qualidade com o foco na organização. O estudo realizado por Zanon (2000) vem contribuir, quando avalia a assistência médica e de enfermagem hospitalar do ponto de vista dos profissionais correlacionados aos exames, conduta e condição de alta, bem como a interação de outros fatores determinantes.

A organização dos serviços pode, então, ser avaliada muito além da alocação eficiente de recursos e do cumprimento de metas físicas estabelecidas. Nesse sentido, deve também abranger a responsabilização pela gestão e a qualidade dos serviços prestados, qualidade essa que pode ser verificada pelos pressupostos definidos nos protocolos, nas portarias e normas estabelecidas. Conforme sugerem Sala, Nemes e Cohen (1998), o processo de trabalho pode ser analisado tanto pela operacionalidade como medida de efetivação das ações propostas, quanto pela efetivação estratégica como medida do alcance dos resultados apreensíveis nos usuários ou na população, sendo esses resultados atribuíveis às ações realizadas.

1.4 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Conferência de Alma Ata em 1977 desencadeou o pensamento sobre a Atenção Primária, e sua definição foi reafirmada pela Organização Mundial de Saúde como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa 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 e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978 apud STARFIELD, 2002 p 30-31).

Os componentes fundamentais da Atenção Primária à saúde definidos em Alma Ata foram: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde coordenados pela Atenção Primária, alguns tenderam à especialização e à desvalorização dos médicos generalistas. Outros viram na Atenção Primária uma estratégia para integrar todos os serviços de saúde, como o Reino Unido que, a partir de 1997, valorizou os generalistas, favorecendo o acesso universal por meio de serviço nacional financiado com impostos, pagamento dos médicos com salários e capitação. Nesse país, os pacientes são cadastrados na Atenção Primária, a

cobertura dos atendimentos é realizada por regiões/distritos, com primeiro contato, atendimento centrado na família e orientado para a comunidade (CONILL, 2008).

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde priorizou o setor empresarial, sendo plural e permissivo, com financiamento privado, principalmente pelos seguros de saúde. O acesso é segmentado com valorização do médico especialista e na Atenção Primária realizada em consultórios com vínculo não-obrigatório, pagamento dos profissionais mediante taxas, pouco centrado na família e comunidade (CONILL, 2008).

Já no Canadá, o sistema de saúde tem cobertura universal, com financiamento público por meio de imposto universal, regulação federal, gestão provincial e prestação de serviço privado. Na Atenção Primária, os médicos generalistas atendem em consultórios, sem vínculo obrigatório, com remuneração por taxas e serviço, os pacientes são cadastrados, o atendimento é individual ou em Grupo e centrado na família, sendo que a porta de entrada se dá pela Atenção Primária integrada com os outros componentes do sistema (CONILL, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem como princípios o acesso universal, com financiamento público por meio de impostos, gestão e responsabilidade compartilhada nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) e tem na Estratégia de Saúde da Família como prioridade para a organização da Atenção Primária (CONILL, 2008).

A Atenção Primária não é um “programa” e sim uma proposta organizacional, não se restringe a essa dimensão e possui de fato um escopo tecnológico ancorado nas propostas políticas que representa. Assim se pode identificar um conjunto de proposições ético-normativas que orientam um “dever ser” para a Atenção Básica e que servem como um primeiro quadro referencial para a produção de parâmetros avaliativos (CHEN, 1990).

As características e funções essenciais da Atenção Primária são definidas de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde como: “todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde” (WHO, 2000). Para Starfield (2002), a Atenção Primária pode ser definida pelo exame dos elementos estruturais e processuais. Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da Atenção Primária: acesso, elenco de serviços, população adstrita e continuidade, e os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. É necessário pelo menos um dos quatro

elementos estruturais e um dos dois elementos processuais para se medir o potencial e alcance de cada um dos atributos da Atenção Primária, que são: porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços e coordenação.

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da Atenção Primária... A Atenção Primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (STARFIELD, 2002. p 28).

Pode-se, contudo, encontrar pelo menos dois significados na prática como: sistemas sanitários que dão prioridade à assistência básica, antecipando e evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças; e um conjunto mínimo de ações e serviços que compõe a Atenção Primária, estendendo-se para além da assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde da população, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e de nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais e garantia de acesso aos serviços (ALMEIDA, 1999). Tem seu diferencial pelo vínculo dos pacientes com a unidade e com os profissionais, pelas características dos pacientes e pelos problemas apresentados. A oferta de serviços deve estar integrada aos demais serviços e as necessidades de atenção à saúde desenvolvidas juntamente com o paciente, no contexto familiar. O acesso (porta de entrada), quando direto ao especialista, pode levar a atenção subespecializada, retardando ainda mais o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento.

Para a definição dos atributos para avaliação dos cuidados na Atenção Primária no contexto canadense, foi utilizada a técnica Delphi com 22 expertises em cuidados primários. Entre os 25 atributos selecionados, apenas cinco foram definidos como específicos da Atenção Primária: acesso no primeiro contato; continuidade da relação; atendimento centrado na família; orientação para a população e trabalho em equipe (HAGGERTY *et al* 2007).

Também no Reino Unido, foi desenvolvido instrumento para se avaliar o grau de desenvolvimento organizacional alcançado pela Atenção Primária em oito áreas: registro clínico, auditoria de desempenho, uso de protocolos, prescrição de acompanhamento, discussão dos casos, compartilhamento das informações com o paciente, acesso a informação clínica e retorno para o paciente. Foi utilizado instrumento respondido pela equipe, proporcionando rever o processo e planejar ações (ELWYN *et al*, 2004).

No contexto histórico brasileiro, desde a racionalização dos gastos nos anos 1970, as agências financeiras preconizavam a redução do financiamento em saúde em detrimento das reais necessidades da população, seguidas das ações programáticas direcionando para a organização dos serviços nos anos 1980; e finalmente em 1990, com a conquista democrática do SUS e seus pressupostos (universalidade, integralidade e equidade), a Atenção Básica vem sendo implantada gradativamente. Os termos Atenção Primária à saúde e Atenção Básica à saúde são usados como sinônimos, no Brasil, na perspectiva de operacionalização da atenção às unidades locais, ou seja, às Unidades Básicas de Saúde (UBS), como primeiro nível de atenção e porta de entrada para o sistema (GIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de

maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. 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, 2006b, p. 10).

A PNAB orienta a Estratégia de Saúde da Família prioritariamente para organização da Atenção Básica e aponta como fundamentos: acesso universal e contínuo dos serviços, sendo esses de qualidade e resolutivos; territórios definidos para a população adstrita; integralidade das ações programáticas e demanda espontânea; articulação entre as ações de promoção, proteção, vigilância, tratamento e reabilitação; coordenação da rede de serviços; vínculo com o usuário; continuidade das ações (responsabilização entre as equipes e a população); valorização e capacitação dos profissionais em saúde; avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados e estímulo da participação e controle social (BRASIL, 2006b).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), desde sua criação em 1994, enquanto principal meio de reorganizar a Atenção Básica em saúde no Brasil, vem sendo implantado de forma gradativa, sendo que a cobertura populacional em 2009 foi de 50,7%, porém, o Estado de São Paulo tem apenas 28,08% de cobertura da população cadastrada (DAB/MS, 2009). A evolução da implantação dessa estratégia tem sido mais difícil nos municípios de grande porte, em especial os com 500 mil habitantes.

Tanto a implantação da ESF como o acesso e a integralidade foram avaliados em estudo realizados por Conill (2002) em Florianópolis, sendo que a implantação de ESF foi considerada adequada quanto à estrutura física e equipamento, porém inadequada em relação aos recursos humanos (relação de equipe por família), e moderados quanto à capacitação.

Vários outros estudos vêm sendo desenvolvidos no país pela equipe de pesquisadores do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf). As reflexões sobre o acompanhamento desses estudos permitem identificar o papel desempenhado pelo grupo na realização do estudo e criar referencial de pesquisa avaliativa da Atenção Básica, além de comparar Unidade

Básica tradicional com Unidade de Saúde da Família em municípios cobertos pelo ELB/Proesf, a partir da análise de documentos, entrevista, questionário e grupo focal (BOLDSTEIN et al, 2006).

As características conceituais e metodológicas dos Estudos de Linha de Base (ELB/Proesf) foram estudadas sob quatro dimensões de análise: político-institucional, organização da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema. Os estudos foram realizados em municípios com mais de 100 mil habitantes dos estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Nesses estudos, trabalhadores, gestores e usuários foram entrevistados, além de análise de dados secundários (série histórica 1999 a 2005), totalizando doze instrumentos para a coleta de dados (FACHHINI *et al*, 2008).

O instrumento utilizado pelos Estudos da Linha de Base para a avaliação da qualidade da Atenção Básica tem sido o PCAT (validado por Starfield em 1998 nos Estados Unidos) e adaptado para o Brasil, em estudo realizado no município de Petrópolis (Rio de Janeiro - Brasil), no qual os autores compararam o desempenho das unidades com ESF e da UBS tradicional, analisando alguns atributos da Atenção Básica como: acesso, primeiro contato, vínculo, elenco de serviços, coordenação (integralidade dos serviços), foco na família, orientação à comunidade e treinamento profissional. Essa avaliação demonstrou que os instrumentos foram capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de Atenção Básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços e os problemas que devem ser enfrentados para melhorar a organização e o desempenho desse nível de atenção no município (MACINKO *et al*, 2004).

A versão infantil desse instrumento também foi validada no Brasil, ao ser aplicado aos cuidadores de crianças menores de dois anos, registrados em dois tipos de serviços públicos de Atenção Básica à saúde da região Sul de Porto Alegre. Assim, o instrumento PCATool foi traduzido, adaptado e analisado quanto à validade e confiabilidade (conteúdos, construto e confiabilidade). Os resultados obtidos no processo de validação do PCATool-Brasil mostraram que os itens referentes aos oito atributos da Atenção Primária à saúde possuem validade e confiabilidade suficientes para sua aplicação em outros estudos sobre a saúde infantil no Brasil (HARZHEM *et al*, 2006).

Elias *et al* (2006) compararam as modalidades ESF e UBS tradicional no município de São Paulo por estrato de exclusão social. Foram consideradas as dimensões da Atenção Básica, identificando as convergências e divergências de opinião de usuários, profissionais de saúde e gestores por unidade de saúde. Ainda na produção dos ELB, o desempenho da Atenção Básica foi avaliado numa amostra selecionada de municípios do Estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes, nos quais se mostraram de forma geral pouco satisfatórios, e a análise por dimensão demonstrou maior satisfação nos grupos de municípios com indicadores sociais mais favoráveis. Em relação aos profissionais, os que trabalham no ESF avaliam o desempenho desse modelo de assistência melhor do que os que trabalham em Unidades Básicas Tradicionais (IBANEZ *et. al*, 2006).

Além dos ELB, a Atenção Básica vem sendo avaliada, no Brasil, por meio de metodologia desenvolvida pelo Ministério da Saúde como Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ). Esse modelo foi construído com a finalidade de aproximar os campos da avaliação e da qualidade no âmbito das práticas da atenção básica, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a disponibilização de métodos e ferramentas para melhoria da qualidade das ações assistenciais de saúde (BRASIL, 2005b).

Essa metodologia proporciona aos atores envolvidos a avaliação sistêmica e integrada, com vistas ao aprimoramento gerencial, técnico e científico das ações de saúde. Tem como objetivo geral a fomentação do monitoramento e da avaliação e como proposição ferramentas facilitadoras para o diagnóstico situacional e planejamento de intervenções. Contribui para inserção da dimensão da qualidade em todos os componentes e espaços de atuação da estratégia saúde da família, bem como a verificação dos estágios de desenvolvimento alcançados pelos municípios, considerando os componentes de gestão municipal, coordenação e trabalho das equipes, além de identificar áreas críticas para apoiar a gestão municipal (BRASIL, 2005b).

Segundo o Ministério da Saúde, os principais beneficiários do modelo são os usuários do sistema de saúde, porém os gestores, profissionais e demais atores envolvidos no processo de avaliação devem buscar o aperfeiçoamento do acesso aos serviços, maiores níveis de resolubilidade e uma atenção humanizada. Os critérios de qualidade em saúde na atenção básica, utilizados pelo AMQ, são os

estabelecidos frente às normas e protocolos que organizam as ações e práticas, bem como os conhecimentos técnicos e científicos (BRASIL, 2005b).

Ambos os estudos, ELB e AMQ, são, porém, mais direcionados para as unidades com ESF, além de se voltarem mais para as questões referentes ao acesso e à implantação. Por serem ainda incipientes os estudos avaliativos na Atenção Básica que se propõem ir para além dessas duas questões, avaliar a operacionalidade como medida de efetivação das ações propostas pela PNAB é o que se propõe o presente estudo, tanto nas unidades ESF como nas UBS tradicionais, sob a perspectiva dos profissionais que atuam nas unidades de saúde dos municípios.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade da Atenção Básica nos municípios que compõem o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba – SP

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Classificar as unidades de saúde na Atenção Básica, segundo Grupos de qualidade
 - Descrever as características das unidades em cada Grupo
 - Descrever o comportamento dos indicadores por grupo de qualidade nas dimensões Atenção a Saúde e Gerência
-

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal avaliativo com foco na organização dos serviços da Atenção Básica, priorizando-se o modo como as ações são oferecidas, a organização da gerência nas unidades e, de maneira complementar, alguns aspectos nucleares da estrutura.

A análise foi desenvolvida a partir de três aproximações complementares acerca da Atenção Básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba: pela classificação das unidades de saúde em Grupos de qualidade, correlacionando os modelos de organização e tipos polares de serviços na Atenção Básica; pela descrição das características das unidades em cada grupo; e pela descrição do comportamento dos indicadores por Grupo de qualidade em cada dimensão avaliada (Atenção à Saúde e Gerência da Unidade).

3.1 DESENHO AVALIATIVO

Este estudo é parte de uma pesquisa que vem sendo desenvolvida pela equipe de Pesquisa QualiAB coordenada por docentes do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UNESP, que desenvolveu um instrumento de avaliação de serviços autoaplicável às equipes da Atenção Básica: o Questionário QualiAB (Q3). Esse instrumento foi elaborado em três etapas consecutivas: levantamento da literatura e estudo qualitativo em município piloto (Q1, primeira versão), análise por grupo de especialistas em atenção básica (Q2, segunda versão) e aplicação e análise desse instrumento em 37 municípios paulistas, com a elaboração da versão final do QualiAB (Q3, terceira versão).

Trata-se de um instrumento estruturado, com questões de múltipla escolha, que se vale dos mesmos pressupostos teórico-metodológicos utilizados na avaliação de serviços especializados de atenção às pessoas com aids (QualiAids) (MELCHIOR *et al*, 2006; NEMES *et al*, 2004), diferenciando-se deste em função das

especificidades do objeto avaliado, ou seja, a Atenção Básica (CASTANHEIRA *et al.*, 2007).

O QualiAB (ANEXO – A) foi encaminhado aos gerentes dos serviços de Atenção Básica em meados de 2007, ficando disponível na forma impressa e em formato eletrônico para resposta pelas equipes locais. Esse material foi consolidado em banco de dados referentes aos três Departamentos Regionais de Saúde que integravam a pesquisa (Registro, Bauru e Sorocaba), totalizando 598 unidades de saúde.

Esse instrumento é composto por 85 questões, 22 que apenas caracterizam os serviços (questões descritivas) e por 62 questões cujas respostas os classificam segundo o grau de qualidade (questões pontuadas). Uma das questões (Q46) foi excluída para a avaliação dos serviços.

As questões foram apresentadas de duas maneiras, as que permitiam apenas uma alternativa como resposta e as que permitiam mais de uma resposta. A formulação e pontuação das questões refletiram a qualidade esperada, ou seja, os critérios utilizados na definição do padrão desejável para a Atenção Básica, sendo que para as questões que permitiam apenas uma resposta a pontuação foi direta e as que permitiam mais de uma resposta passaram por dupla pontuação, considerando, neste caso, a primeira pontuação cada item assinalado como resposta e secundariamente a soma da pontuação dos itens resultou na pontuação da questão.

Essa pontuação das questões foram classificadas pela equipe da pesquisa em uma escala de 0, 1, e 2, sendo que a pontuação 2 representa a melhor qualidade, conforme o padrão adotado (CASTANHEIRA *et al.*, 2007):

0 (zero) – ausência da ação e/ou recurso, ou sua execução e/ou disponibilidade em patamares mínimos, abaixo dos quais perdem seu significado técnico operacional;

1 (um) – execução da ação e/ou disponibilidade do recurso dentro do padrão médio;

2 (dois) – execução da ação ou disponibilidade adequada de recursos.

Nesse sentido, foram valorizadas as características de estrutura e processo coerentes com os princípios e diretrizes do SUS e expressos no Pacto pela Vida, respeitados os limites já reconhecidos da rede básica hoje instalada. A média final de cada serviço foi composta pela média aritmética das questões pontuadas, que classificam o serviço segundo o grau de qualidade com o foco avaliativo no processo

de trabalho operado nos serviços. As questões e pontuações atribuídas seguiram os seguintes critérios gerais de qualidade:

- importância epidemiológica das ações;
- importância clínico/epidemiológica, viabilidade técnica – tecnologia passível de incorporação nos moldes prevalentes de organização dos serviços de Atenção Básica;
- viabilidade técnico-operacional – tecnologia disponível em serviços públicos de Atenção Básica;
- seguimento de normas e protocolos programáticos segundo referências oficiais adotadas pelo SUS;
- mecanismos gerenciais de fortalecimento do trabalho em equipe;
- valorização de ações de planejamento e avaliação;
- frequência esperada – segundo a opinião de especialistas em literatura.

Esses critérios gerais orientaram a definição da pontuação para cada questão, procurando-se manter o foco avaliativo na coerência entre a estrutura e processo desenvolvidos e o projeto médico sanitário que representam. A formulação das questões até sua pontuação e tradução culminam em indicadores de qualidade (CASTANHEIRA *et al.*, 2007).

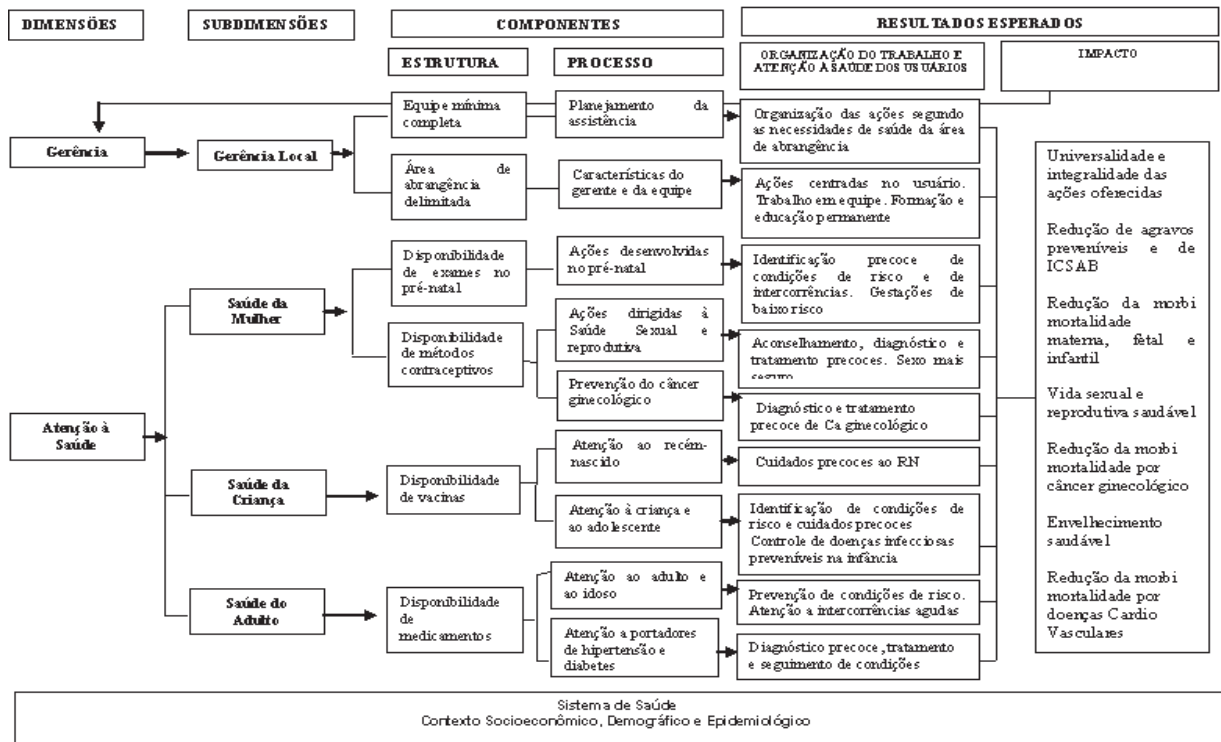
O presente trabalho analisa o banco de dados da pesquisa QualiAB referentes ao Departamento Regional de Saúde de Sorocaba contextualizado a partir de um desenho lógico de avaliação (Quadro 1).

Esse desenho foi construído de modo análogo ao modelo teórico apresentado nos estudos de avaliação de implantação de programas, principalmente, pelo desenvolvido por Hartz (1993). Propõe caminhar na direção da imagem objetivo da qualidade dos serviços, admitindo a existência de outras variáveis, porém as dimensões gerência e atenção à saúde são colocadas como determinantes na qualidade, refletindo, assim, em resultado individual mais imediato e na qualidade da organização do processo de trabalho, sendo esses comprometidos com a perspectiva de impactos na população.

O Quadro 1 aponta as dimensões, gerência e atenção à saúde, bem como as sub-dimensões e os componentes constituídos por indicadores de estrutura e de processo, que avaliam a qualidade do serviço ofertado nas unidades de atenção básica dos municípios. Esses indicadores relativos ao modo como a atenção à

saúde, bem como a gerência das unidades são organizadas desdobram-se em resultados para o cuidado individual e no processo de organização dos serviços, assim como, a médio e longo prazo, em impacto para a saúde da população.

Quadro 1: Desenho Avaliativo da Qualidade da Atenção Básica com foco na Organização dos Serviços.



As duas grandes dimensões trabalhadas (gerência e atenção à saúde) são esquematicamente apresentadas a seguir, segundo subdimensões e componentes. Para cada componente avaliado explicitam-se as normas, ou seja, os fundamentos éticos normativos que norteiam os critérios de qualidade; os critérios utilizados para julgamento do cumprimento da norma e finalmente os indicadores, que são apreendidos a partir das questões pontuadas e que aferem a qualidade do serviço (Quadros 2 a 10).

Quadro 2: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: GERÊNCIA; SUBDIMENSÃO: GERÊNCIA LOCAL; COMPONENTE: PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Garantia do acesso integral aos serviços de saúde para uma população delimitada num território definido	Ter área de abrangência da unidade de saúde delimitada pelo planejamento	Área de abrangência planejada
	Cumprimento do calendário oficial do Estado de São Paulo (Ref. 2006). Das nove vacinas previstas no calendário, foi admitida como padrão médio a oferta de no mínimo sete, considerando-se as dificuldades de algumas unidades oferecerem BCG (necessidade de capacitação específica e vacina oferecida em maternidades) e a possibilidade de falta de mais uma vacina (como da febre amarela).	Vacinas aplicadas na unidade
	Pontuação maior número de exames oferecidos pela Unidade (mais de três programas, valorizando além da saúde da mulher, criança e adulto); Peso diferenciado para: Pregnoticon (importância do diagnóstico e início precoce do pré-natal) e ECG (acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos). O exame do pezinho pode ser feito na maternidade e sua ausência não significa necessariamente falta de acesso.	Exames feitos na unidade
	Maior número de exames oferecidos pela unidade, considerando a tecnologia disponível para a realização de coleta de escarro e de linfa.	Exames colhidos na unidade
	Maior número de programas desenvolvidos pela Unidade. O padrão mínimo não-pontuado de três programas indica a valorização de uma oferta mínima de atenção à mulher, criança e adulto.	Diversidade de programas oferecidos
Planejamento e organização dos serviços em consonância com o princípio da equidade.	Maior número de registros de rotina. Destaque para o registro de dados que mede cobertura (1º atendimento ao recém-nascido) e vigilância à saúde (faltosos); o registro mínimo esperado não é pontuado, porque não diferencia os serviços.	Registro de dados
	Pontuação máxima para a utilização de dados assistencial, epidemiológico e da demanda atendida pela unidade para a organização do serviço e planejamento das ações desenvolvidas na unidade	Utilização dos dados de produção assistencial
		Utilização dos dados epidemiológicos Estudos sobre o perfil da demanda

Garantia de acesso e continuidade das ações de saúde (longitudinalidade do cuidado) resolutivas, caracterizadas como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Integração de ações programáticas e demanda espontânea	Diversidade na oferta de serviços para a demanda espontânea visando à resolubilidade	Oferta assistencial para demanda espontânea
	Valoriza proporção maior da demanda programada sobre a espontânea, porém com alternativa para a demanda espontânea	Proporção entre consultas agendadas e pronto atendimento médico
	Menor tempo de espera para a consulta médica em relação ao horário agendado	Divisão de horários na agenda médica
Articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação,	Maior quantidade de ações educativas desenvolvidas na comunidade. Valorizou as ações dirigidas à prevenção do câncer ginecológico, DST/AIDS, alcoolismo, tabagismo e outras drogas.	Ações de educação em saúde na comunidade
	Diversidade e quantidade de ações educativas desenvolvidas na unidade	Ações de educação em saúde na unidade
	Busca ativa dos agravos de notificação, educação em saúde e articulação com a equipe da vigilância epidemiológica e sanitária para desenvolvimento das ações	Ações de vigilância em saúde
	Diversidade de ações, principalmente educativas, oferecidas aos usuários na sala de espera.	Atividades na sala de espera
	Avaliação, pelo profissional da unidade, dos laudos dos exames para realização de busca ativa de usuários com resultados alterados.	Avaliação de resultados de exames
	Convocação de usuários faltosos às consultas e atividades agendadas na unidade e realização de busca ativa por critério de risco e vulnerabilidade.	Convocação de faltosos
Realização de avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação.	Realização de avaliação da unidade de saúde com o objetivo de planejamento e reprogramação das atividades oferecidas para atender as demandas dos usuários de forma descentralizada.	Avaliação da unidade no último ano

Quadro 3: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: GERÊNCIA; SUBDIMENSÃO: GERÊNCIA LOCAL; COMPONENTE: CARACTERÍSTICAS DO GERENTE E DA EQUIPE

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Responsabilização da equipe com a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde.	Existência de gerente na unidade e com maior tempo dedicado à gerência da unidade	Carga horária do gerente
	Existência de reuniões periódicas entre o nível local e o nível central	Relacionamento com o nível central
Articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Trabalho de forma interdisciplinar e em equipe.	Existência de reuniões periódicas entre a equipe. Quanto maior a frequência de reuniões, maior a pontuação.	Periodicidade das reuniões de equipe
	Reuniões de equipe com pautas que valorizam a organização do processo de trabalho e a atualização técnica	Principais temas tratados na reunião de equipe
	Diversidade de ações e abordagens em saúde bucal, incluindo as ações educativas individuais e coletivas.	Realização da assistência na atenção odontológica Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal
Coordenação do cuidado na rede de serviços.	Consulta médica com duração mínima de 15 minutos e máxima de 30 minutos.	Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade
	Valorizada a maior frequência de atividades, ações educativas e programáticas.	Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem
		Atividades de rotina realizadas pelos agentes comunitários de saúde
		Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro
Diversidade de ações, especificidade técnico-programática, educação em saúde e autocuidado	Atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem	
Estímulo a participação popular e o controle social	Pauta da reunião valorizando a integração da unidade com o conselho local de saúde no planejamento das ações	Principais temas abordados nas reuniões do Conselho Local de Saúde
	Existência de mecanismos que propiciem ouvir os usuários de forma diversificada e integrando esses com a unidade	Formas de ouvir as reclamações dos usuários
Valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação	Diversidade de profissionais capacitados	Profissionais capacitados no último ano

Quadro 4: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA MULHER; COMPONENTE: AÇÕES DESENVOLVIDAS NO PRE-NATAL.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado Saúde da mulher e criança como área estratégica para atuação	Valorizada a precocidade no início do pré-natal com atendimento imediato ao diagnóstico de gravidez	Intervalo de tempo entre o diagnóstico de gravidez e inscrição no pré-natal
	Precocidade do início do pré-natal, indicando a capacidade de captação da unidade ou reconhecimento e valorização da comunidade como espaço para cuidar da saúde	Precocidade do início do pré-natal
	Solicitação de exames de rotina recomendados pelo Ministério da Saúde (2006) para a identificação precoce de condições de risco ou de agravos já instalados	Exames de rotina solicitados para as gestantes
	Ampliação da capacidade de diagnóstico precoce e indicação de medidas preventivas para transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita	Solicitação de sorologias para sífilis e aids no pré-natal
	Diversidade de ações dirigidas as gestantes com sobrevalorização dos grupos	Atividades educacionais para gestantes
Previsão de agendamento das puérperas para avaliação de risco e complicações	Agendamento de consulta de revisão pós-parto imediato Agendamento de consulta de revisão pós-parto tardia	

Quadro 5: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA MULHER; COMPONENTE: AÇÕES DIRIGIDAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado Saúde da mulher como área estratégica para atuação	Sensibilização para o problema da violência com especificidade no atendimento garantida por meio da capacidade técnica, resolubilidade e seguimento dos casos.	Diagnóstico e orientação em situação de violência
	Sensibilização para o diagnóstico e tratamento das DST com resolubilidade, além de orientações sobre prevenção e diagnóstico sorológico	Procedimento diante de caso sugestivo de DTS
	Dispensação de preservativos articulada a orientação sobre DST/AIDS, reconhecimento de necessidades diferenciadas para determinados grupos com maior exposição e acesso a preservativo feminino.	Procedimentos para a dispensação de preservativos
	Diversidade de oferta dos métodos contraceptivos, resolubilidade (pílula do dia seguinte) e desenvolvimento de programa de planejamento familiar	Métodos contraceptivos disponíveis nos últimos 6 meses

Quadro 6: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA MULHER; COMPONENTE: PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado Saúde da mulher como área estratégica para atuação	Valorizou a maior quantidade de profissionais que realizam a coleta do exame de Papanicolaou e exame clínico das mamas	Profissionais que coletam Papanicolaou Profissionais que realizam exame de mamas
	Maior oferta ao serviço facilitando o acesso.	Periodicidade da coleta de Papanicolaou
	Maior valor para alternativas que priorizam risco e cobertura aos exames de Papanicolaou e mamografia	Critérios para oferta de Papanicolaou Critérios de solicitação de mamografia

Quadro 7: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA CRIANÇA; COMPONENTE: ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado Saúde da criança como área estratégica para atuação	Precocidade no atendimento ao recém-nascido para identificação de condições de risco e da promoção da saúde	Agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
	Maior oferta da vacina pela unidade	Oferta semanal de BCG

Quadro 8: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA CRIANÇA; COMPONENTE: ATENÇÃO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado	Diversidade de profissionais envolvidos e das formas de atendimento (individual e coletivo)	Diversidade de atendimentos oferecidos às crianças
	Diversidade das atividades programadas para a saúde da criança e adolescente com ações de promoção e prevenção desenvolvidas na unidade e na comunidade.	Conteúdos abordados no atendimento às crianças
Saúde da criança como área estratégica para atuação		Atuação da unidade em instituições para crianças
		Ações programadas para atenção aos adolescentes

Quadro 9: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO A SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DO ADULTO; COMPONENTE: AÇÕES AO ADULTO E AO IDOSO.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado	Menor tempo de espera entre agendamento e consulta.	Intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta médica para adulto
	Diversidade da oferta de atendimento ao adulto por equipe multiprofissional e abordagem individual e coletiva.	Diversidade de atendimentos oferecidos aos adultos
Saúde do idoso, o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus como área estratégica para atuação		Condições de saúde abordadas no atendimento ao adulto
		Diagnóstico e orientação para casos de alcoolismo
	Sensibilização para o problema do alcoolismo com especificidade no atendimento e capacidade técnica e resolubilidade (seguimento dos Casos)	Condições de vida e saúde abordada na atenção ao idoso

Quadro 10: Normas, critérios e indicadores relativos à DIMENSÃO: ATENÇÃO A SAÚDE; SUBDIMENSÃO: SAÚDE DO ADULTO; COMPONENTE: ATENÇÃO AO PORTADOR DE HIPERTENSÃO E DIABETES.

NORMA	CRITÉRIO	INDICADOR
Desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população adstrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado	Diversidade na oferta de ações valorizando a educação em saúde, autocuidado e ações programadas segundo padrões clínicos epidemiológicos.	Diversidade de atendimentos oferecidos aos diabéticos e/ou hipertensos
	Disponibilidade de medicação para a garantia de continuidade do tratamento.	Disponibilidade de medicamentos

Além das questões pontuadas (indicadores de qualidade), foram analisadas as variáveis descritivas que caracterizam as condições gerais de estrutura e/ou se referem a questões subjetivas que representam a opinião dos respondentes sobre o serviço. Essas questões não foram pontuadas, portanto não foram consideradas como indicadores de qualidade e sim como características de contexto. Essas variáveis descrevem o serviço e/ou não apresentaram boa acurácia e poder discriminante nas etapas de construção do instrumento, mas foram mantidas por seu caráter informativo.

VARIÁVEIS DESCRITIVAS

1. Tipo de unidade de saúde reconhecida pelo serviço
 2. Localização da unidade de saúde
 3. Espaço físico e instalações do imóvel
 4. Composição da Equipe de profissionais
 5. Apoio adicional de outros profissionais
 6. Procedimentos realizados de rotina na unidade
 7. Acidente pérfuro-cortante
 8. Média de atendimentos
 9. Sistema de informação alimentado
 10. Abrangência do agendamento das ações e consultas realizadas na unidade de saúde
 11. Existência de pré-consulta na unidade
 12. Existência de pós-consulta na unidade
 13. Tratamento de sífilis na gestação
 14. Atividades de rotina do assistente social
 15. Formação do Gerente Local
 16. Obstáculos vivenciados pela equipe para melhoria da qualidade da atenção na unidade
 17. Perfil dos profissionais da unidade
 18. Entrosamento entre a equipe
 19. Preenchimento do questionário
-

Esse DRS foi selecionado por apresentar três regiões de saúde: Sorocaba, Itapeva e Itapetininga, distintas em relação aos indicadores sociais, demográficos e epidemiológicos. A região de Itapeva concentra a maior proporção de municípios com pequena população (menos de 10 mil habitantes) e nenhum município com mais de 100 mil habitantes. Já na região de Itapetininga e Sorocaba, predominam os municípios com 20 a 50 mil habitantes. Apenas a região de Sorocaba tem municípios maiores, incluindo Sorocaba com mais de 500 mil habitantes. Somando a população das três regiões, encontram-se aproximadamente 2.227.811 habitantes, sendo que mais da metade dessa população (67%) se concentra na região de Sorocaba (IBGE, Censos e Estimativas, 2009).

A concentração de médicos da Atenção Básica por habitantes é maior na região de Itapeva, com 0,33 médicos por 1000 habitantes. A cobertura da população cadastrada pela estratégia de saúde da família também é maior nessa região, 59,03%, enquanto a cobertura pela Saúde Suplementar é de 4,98%. Em contraponto, a região de Sorocaba tem apenas 12,18% de cobertura da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família e uma concentração de 0,23 médicos da Atenção Básica por 1000 habitantes, além de ter a maior cobertura de saúde suplementar, 29,47%, de todo DRS. A região de Itapetininga apresenta dados intermediários entre os outros dois que têm características estruturais da Atenção Básica mais polares (SES, 2009).

3.3 MODELO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

A discriminação dos Grupos de qualidade de serviços, segundo os indicadores, foi feita por meio de análise de agrupamentos seguida de análise fatorial (CORRAR e DIAS-FILHO, 2007).

Segundo Hair (1998), a análise de agrupamentos é uma técnica multivariada puramente explanatória que tem por objetivo subdividir a amostra em Grupos mutuamente excludentes com base na similaridade (ou dissimilaridade) entre as entidades, sendo que o número de Grupos não é predefinido, mas pode sê-lo de acordo com a conveniência e necessidade do pesquisador.

Ainda segundo Hair (1998), a definição da medida de similaridade exige a escolha de um método para determinar os agrupamentos, que podem ser hierárquicos ou de partição. Nesta pesquisa, o método de partição utilizado foi o de *K-médias*, por produzir exatamente *k* diferentes conjuntos com a maior distinção possível entre eles, além de fornecer indicações mais precisas sobre o número de conglomerados a serem formados.

Para confirmar, ou seja, avaliar o grau em que os dados satisfazem a estrutura esperada em cada grupo formado, foi realizada uma análise fatorial. Essa técnica analisa a estrutura das correlações entre grande número de variáveis, definindo um conjunto de dimensões comuns (fatores), podendo assim identificar as dimensões separadas da estrutura (grupos) e determinar o grau em que cada variável é explicada em cada dimensão a partir dos Grupos já determinados. Todas as variáveis foram consideradas simultaneamente e os fatores foram formados para maximizar seu poder de explicação do conjunto inteiro de variáveis (HAIR, 1998).

Após os grupos formados, foi criada uma nova variável com as categorias a eles referentes. Essa variável foi expandida em quatro variáveis binárias indicadoras de pertinência ao grupo correspondente. Considerando cada variável binária como uma variável dependente e a população e tipo de unidade como variável independente, foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla para verificar a influência da população e do tipo de unidade com cada variável referente à categorização dos Grupos (HAIR, 1998).

A análise dos dados foi realizada por meio dos *softwares SAS for Windows*, v.9.2.(SAS. Inst., Cary, EUA) e a produção dos quadros e figuras apresentada por meio do *software SPSS 10,0 for Windows*, (SPSS. Inc, Chicago, EUA).

4. RESULTADOS

O instrumento estruturado respondido pelas unidades, o questionário QualiAB, foi aplicado ao universo de 320 unidades de saúde dos 48 municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (DRS 16) em meados de 2007, obtendo-se uma taxa de resposta de 95,62%, equivalendo a 306 unidades localizadas em 46 municípios dessa região.

Dentre essas unidades que responderam o QualiAB, 44 foram classificadas como atípicas, em função das seguintes situações: unidades especializadas em apenas um único programa, sem atendimento médico, sem o profissional enfermeiro ou com mais de 10% das questões pontuadas não respondidas. Essas unidades não foram consideradas para análise no presente estudo. Os resultados aqui apresentados são, portanto, referentes a 262 unidades que responderam o questionário.

Os resultados serão apresentados inicialmente pela caracterização dos grupos de qualidade construídos a partir de indicadores (questões pontuadas); em seguida serão descritas as características gerais dos serviços avaliados (variáveis descritivas), procurando-se caracterizá-los por Grupos de qualidade, e, finalmente, os indicadores serão apresentados por dimensões e subdimensão, conforme proposto no desenho Avaliativo da Qualidade da Atenção Básica (Quadro 1).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE QUALIDADE

As unidades analisadas foram classificadas em quatro Grupos de qualidade, por meio da análise de agrupamento, considerando, como método de partição, as *K-médias* da pontuação das questões representadas pelos indicadores de qualidade (Quadro 11):

- Grupo 1: composto por 88 unidades (33,59%) classificadas com as maiores pontuações em relação à qualidade;
 - Grupos 2, com 71 unidades (27,09%) pontuação intermediária;
-

- Grupo 3, com 62 unidades (26,66%) também com pontuação intermediária;
- Grupo 4, com 41 unidades (15,65%) apresentando as menores pontuações.

Quadro 11 – Classificação dos serviços em quatro Grupos de qualidade, segundo as *K-médias* das questões pontuadas.

Grupo	N	Média	Mediana	Dp	Min	Max
1	88	1,56	1,58	0,11	1,35	1,84
2	71	1,30	1,31	0,14	1,00	1,60
3	62	1,19	1,21	0,13	0,87	1,45
4	41	0,82	0,82	0,16	0,45	1,11

Fonte: QualiAB, 2007

Após a formação dos grupos de qualidade, foi realizada a análise fatorial, como técnica de análise multivariada, combinando os indicadores (questões pontuadas) criando assim quatro novos fatores que estimaram o grau de em que esses dados se reuniram para a composição dos grupos de qualidade (ANEXO B). Assim, pode-se observar, na Figura 2, a representação dos grupos de qualidade constituídos, sendo que, as unidades classificadas nos grupos 2 e 3 (intermediários) aproximam-se. Já os grupos 1 e 4 são mais polares.

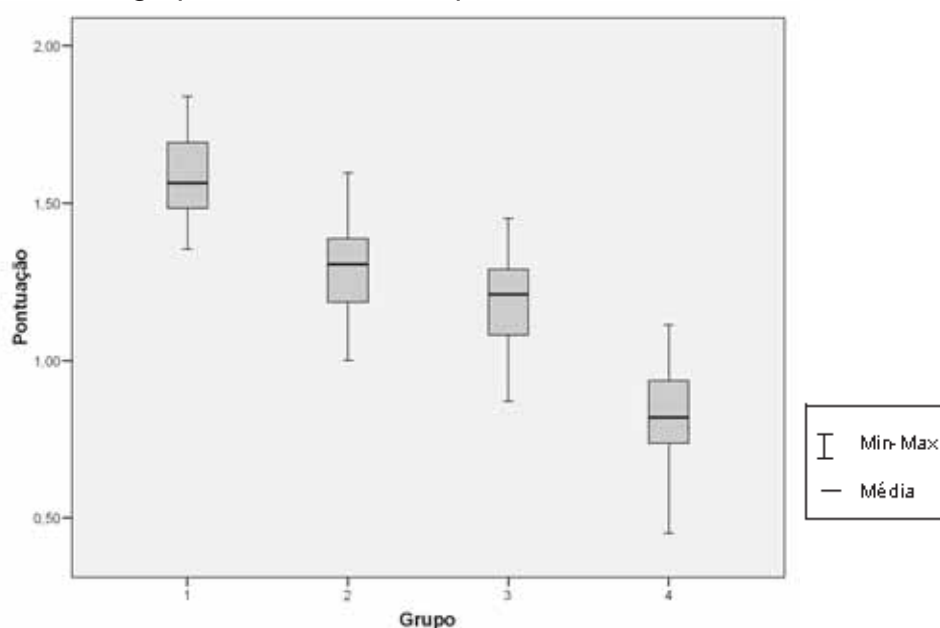


Figura 2: Classificação dos serviços em quatro Grupos de qualidade, segundo as *K-médias* das questões pontuadas.

Fonte: QualiAB, 2007

Nos Grupos 1 e 3 concentram-se unidades do tipo Saúde da Família (melhor qualidade e qualidade intermediária, respectivamente), enquanto os Grupos 2 e 4 (intermediário e ruim) são compostos em sua maioria por unidades do tipo tradicional, ou seja, serviços cujo atendimento médico baseia-se centralmente nas três áreas gerais de assistência na atenção primária clínica geral, pediatria e ginecologia. Embora vale destacar que existem unidades de todos os tipos em todos os grupos (Quadro 12).

Quadro 12: Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos Grupos de qualidade, segundo o tipo.

Tipo da Unidade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
USF	68	77,3	3	4,3	39	62,9	3	7,5	113	43,1
UBS com equipe SF	4	4,5	0	0	2	3,2	1	2,5	7	3,4
UBS com PACS	1	1,1	2	2,9	5	8,1	4	10	12	4,6
UBS	10	11,4	52	75,4	14	22,6	24	60	100	38,1
UBS com especialidades	1	1,1	4	5,8	2	3,2	5	12,5	12	4,6
Unidade Mista	1	1,1	6	8,7	0	0	0	0	7	2,7
Outra	3	2,3	4	2,9	0	0	4	7,5	11	4,2
Total	88	100	71	100	62	100	41	100	262	100

USF: Unidade de Saúde da Família; UBS Unidade Básica de Saúde Tradicional; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; SF Saúde da Família.

Fonte: QualiAB, 2007

Ainda que exista uma grande diversidade de tipos de unidade (Quadro 12), sua distribuição se concentra entre as Unidades de Saúde da Família (43,1%) e as Unidades Básicas (38,1%). Uma vez que o critério central para definição dos “tipos” foi à composição das equipes, diferenciadas principalmente pela presença ou não de médico de família e agentes comunitários, optou-se, para efeito de análise, por agregá-las em dois tipos polares. Em um dos pólos estão as **unidades que adotam a estratégia de saúde da família** total ou parcialmente (**Unidade com ESF**), ou seja, as unidades de saúde da família (USF) e as UBS com equipe de saúde da família (UBS com Equipe SF) ou com programas de agente comunitário de saúde (UBS com PACS). No outro pólo foram agregadas as **unidades básicas de saúde tradicionais (UBS tradicional)** compreendendo as que contemplam o modelo

reconhecido como mais tradicional (UBS), as unidades básicas de saúde com especialidades (UBS com especialidades) e aquelas com atendimento básico que possuem atendimento de urgência (Unidades Mistas).

A Figura 3 representa as unidades distribuídas nas três regiões de saúde (Sorocaba, Itapetininga e Itapeva), segundo os tipos polares e a classificação do grupo de qualidade. As áreas em “branco representam os municípios que não responderam ao questionário.

Pode-se perceber que existe maior concentração de serviços na região de Sorocaba bem como predomínio das unidades que aglutinam o tipo polar UBS tradicional, com maior variedade em relação ao grupo de qualidade em que foram classificadas, quando comparadas às outras regiões. É a região mais populosa (1.483.338 habitantes – SEADE, 2007) e de maior densidade populacional (205,24 hab/Km² - SES, 2007) com uma proporção de 2,53 unidades/30.000 habitantes, a menor entre as três regiões.

As unidades na região de Itapeva são compostas, em sua maioria, por aquelas que adotam a Estratégia de Saúde da Família (total ou parcialmente) e classificadas no melhor grupo de qualidade. Nessa região, a população é menor (287.912 habitantes – SEADE, 2007), assim como a densidade populacional (29,55 habitantes/Km² - SES, 2007), e maior número de serviços à população (6,88 unidades/30.000 habitantes).

A região de Itapetininga apresenta características intermediárias entre as duas regiões (Sorocaba e Itapeva) com em torno de 50% das unidades dividido entre os dois tipos polares, população de 446.002 habitantes (SEADE, 2007), densidade populacional de 66,07 habitantes/Km² (SES, 2007) e 4,84 unidades/30.000 habitantes.

Chama a atenção a existência de unidades dos dois tipos polares, tanto com a estratégia de Saúde da Família como UBS tradicionais, classificadas no melhor e no pior grupo, evidenciando, assim, que embora as unidades com ESF concentrem-se no melhor grupo, o tipo de unidade não é a única variável que determina a qualidade do serviço.

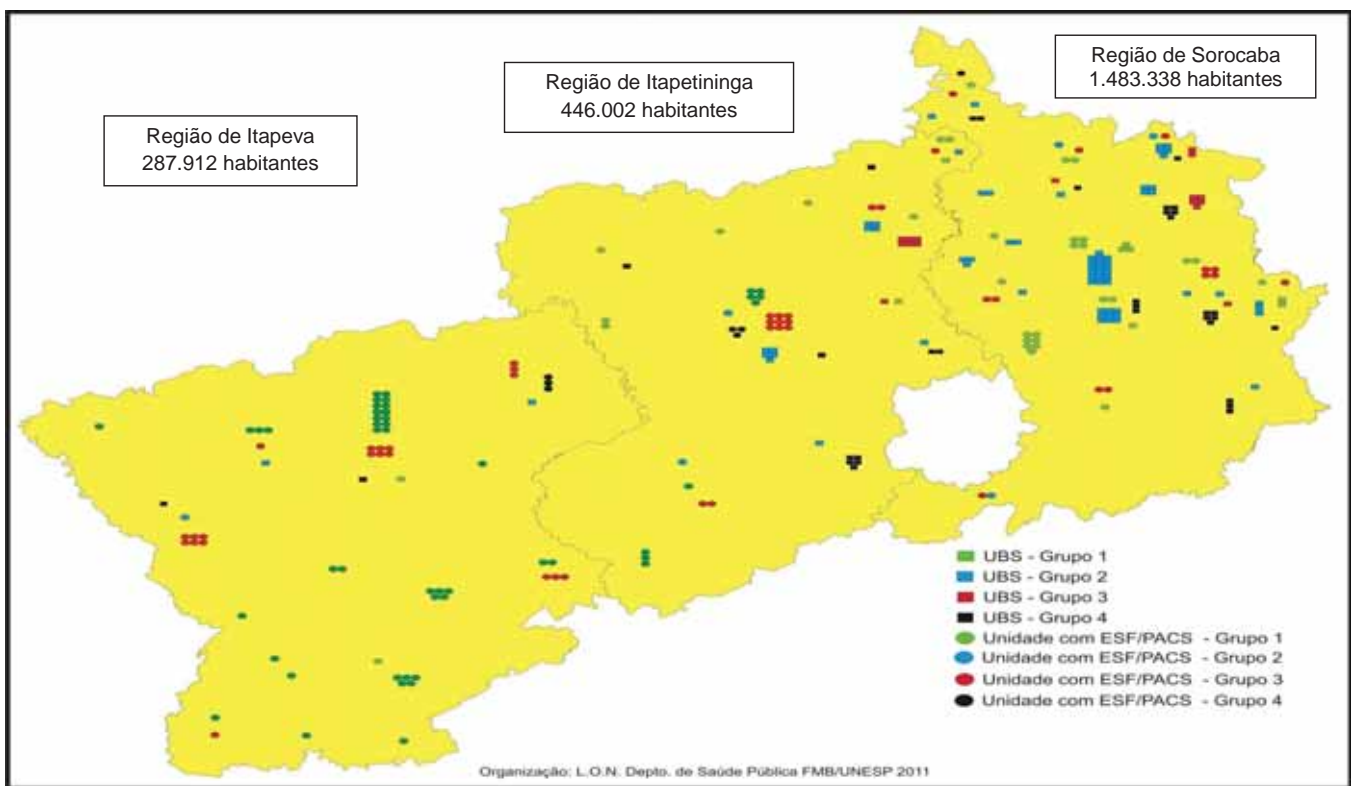


Figura 3: Distribuição dos serviços de Atenção Básica por tipo polar e grupo de qualidade, QualiAB 2007.

Na análise de regressão logística múltipla, consideraram-se as faixas de população dos municípios e os tipos polares de unidade (Unidade com ESF e UBS tradicional) como variável explanatória e os Grupos de qualidade (expandida em quatro variáveis binárias indicadoras de pertinência: Grupo 1, 2, 3 e 4) como variável resposta. Nessa análise, comparou-se a população 2 a 2, ou seja, entre as faixas populacionais (faixa 1 com faixa 2, faixa 1 com faixa 3, ...). Já para o tipo de unidade, a comparação foi feita em relação a ser ou não ser para cada grupo.

Essas variáveis explanatórias foram selecionadas por serem apontadas no estudo desenvolvido pela equipe de docentes da UNESP como significativos para a Avaliação da Qualidade da Atenção Básica.

Pode-se perceber que as unidades classificadas nos Grupos 1 e 2 discriminam em relação ao tipo de unidade (p -valor $< 0,05$), sendo que é significativo para o pertencimento ao Grupo 1 o tipo de unidade com ESF; enquanto para o pertencimento ao Grupo 2 as do tipo UBS tradicional (p -valor $< 0,05$). Já as unidades classificadas nos grupos 3 e 4 não têm influência para o pertencimento nesses grupos a variável explanatória tipo de unidade (Quadro 13).

Quanto à variável explanatória população do município em relação ao grupo em que a unidade está localizada (Quadro 13):

- **Unidades classificadas no Grupo 1:** municípios com 5 a 10 mil habitantes e 100 a 250 mil habitantes apresentam valor de p significativo e discriminam entre os grupos de qualidade;
 - **Unidades classificadas no Grupo 2:** as faixas populacionais dos municípios até 250 mil têm valor de p significativo porém não discriminam;
 - **Unidades classificadas no Grupo 3:** valor de p significativo entre as faixas populacionais até 100 mil, porém não discrimina os grupos de qualidade;
 - **Unidades classificadas no Grupo 4:** as faixas populacionais de 5 a 100 mil são significativos e discriminam.
-

Quadro 13: Regressão logística para pertencimento ao Grupo de qualidade, segundo a população e tipo polar de unidade.

Grupo	População	Estimativa	Erro Padrão	p-valor*
1 Melhor qualidade	até 5 mil habitantes	1,3247	0,8499	0,1191
	5 a 10 mil habitantes	1,6822	0,7348	0,0221
	10 a 20 mil habitantes	-0,3553	0,7471	0,6344
	20 a 50 mil habitantes	0,4233	0,5319	0,4261
	50 a 100 mil habitantes	0,3819	0,5541	0,4907
	100 a 250 mil habitantes	-1,3496	0,5905	0,0223
	250 a 500 mil habitantes	-	-	-
	mais de 500 mil habitantes	-	-	-
	Unidade com ESF (NxS)**	2,1445	1,0843	0,0480
	UBS Tradicional (NxS)	1,5547	1,1611	0,1806
2 Qualidade Intermediária	até 5 mil habitantes	-2,6529	1,1608	0,0223
	5 a 10 mil habitantes	-2,8529	0,9527	0,0027
	10 a 20 mil habitantes	-1,4360	0,7122	0,0438
	20 a 50 mil habitantes	-2,3860	0,5861	<0,001
	50 a 100 mil habitantes	-2,4493	0,6271	<0,001
	100 a 250 mil habitantes	-1,0603	0,5278	0,0446
	250 a 500 mil habitantes	-	-	-
	mais de 500 mil habitantes	-	-	-
	Unidade com ESF (NxS)	-0,1495	0,7188	0,8352
	UBS Tradicional (NxS)	-2,6597	1,2257	0,0300
3 Qualidade Intermediária	até 5 mil habitantes	24,8597	0,8391	<0,001
	5 a 10 mil habitantes	23,4196	0,0664	<0,001
	10 a 20 mil habitantes	24,8087	0,6372	<0,001
	20 a 50 mil habitantes	24,7781	0,3899	<0,001
	50 a 100 mil habitantes	25,3253	0,3893	<0,001
	100 a 250 mil habitantes	25,3213	-	-
	250 a 500 mil habitantes	-	-	-
	mais de 500 mil habitantes	-	-	-
	Unidade com ESF (NxS)	-0,6263	0,6175	0,3105
	UBS Tradicional (NxS)	23,6445	-	-
4 Qualidade Ruim	até 5 mil habitantes	-0,2545	177025,5	1,0000
	5 a 10 mil habitantes	24,1669	0,8195	<0,001
	10 a 20 mil habitantes	24,7608	0,6622	<0,001
	20 a 50 mil habitantes	24,7681	0,4231	<0,001
	50 a 100 mil habitantes	24,1470	0,5102	<0,001
	100 a 250 mil habitantes	24,5954	-	-
	250 a 500 mil habitantes	-	-	-
	mais de 500 mil habitantes	-	-	-
	Unidade com ESF (NxS)	-0,8292	0,6512	0,2029
	UBS Tradicional (NxS)	23,7541	-	-

* valor de p significativo < 0,05

** (NxS): Não versus Sim

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS – VARIÁVEIS DESCRITIVAS

As unidades da região do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba estão localizadas, em sua maioria, na região urbana periférica. Ao analisar os grupos de qualidade, percebe-se que no Grupo 1 continua predominando a localização na região urbana periférica. Já as classificadas no Grupo 2 são localizadas na região urbana periférica e central. As do Grupo 3 localizam-se na região urbana periférica e rural. No Grupo 4, quase a metade das unidades está localizada na zona rural (Quadro 14).

Quadro 14: Distribuição da porcentagem das unidades por localização, segundo os grupos de qualidade.

Grupos	Localização (%)		
	Rural	Urbana Central	Urbana Periférica
Grupo 1	27,3	27,3	45,5
Grupo 2	4,2	45,1	50,7
Grupo 3	37,1	16,1	46,8
Grupo 4	48,8	12,2	39,0

Fonte: QualiAB, 2007

Quanto ao porte da unidade de saúde, consideraram-se as variáveis: número de pessoas atendidas por dia e a composição da equipe de saúde em relação aos grupos de qualidade em que as unidades foram classificadas.

Apesar dos limites da acurácia da questão referente ao número de atendimentos em função da imprecisão pela grande variação das respostas apontadas pelas unidades (0 a 900 atendimentos/dias), a variável foi considerada para a descrição do porte do serviço da unidade. Observa-se que aproximadamente 30% delas realizam até 50 atendimentos/dia; 30% realizam entre 60 a 129 atendimentos/dia; 20% atendem 130 a 226 pessoas/dia; e 20% das unidades realizam 230 a 900 atendimentos/dia. As unidades classificadas nos grupos de qualidade 1, 3 e 4 atendem menos em relação às unidades classificadas no grupo 2 (Quadro 15).

Quadro 15: Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos Grupos de qualidade, segundo o número de pessoas atendidas por dia.

Número de pessoas atendidas	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 55 atendimentos	29	33,0	5	7,1	19	32,2	22	55,0	75	29,2
56 a 129 atendimentos	35	39,8	5	7,1	32	54,2	11	27,5	83	32,3
130 a 226 atendimentos	13	14,8	26	37,1	7	11,9	3	7,5	49	19,1
227 e mais atendimentos	11	12,5	34	48,6	1	1,7	4	10,0	50	19,5
Total	88	100	70	100	59	100	40	100	257	100

Fonte: QualiAB, 2007

Quanto à composição da equipe de saúde, os médicos de família estão concentrados nas unidades classificadas nos grupos 1 e 3, já os clínicos e pediatras apresentam-se nos grupos 2 e 4, sendo que no grupo 2 são em maior quantidade. Os ginecologistas estão em maior quantidade e porcentagem apenas nas unidades classificadas no grupo 3 (Quadro 16).

Quadro 16: Frequência e porcentagem de unidades classificadas nos Grupos de qualidade, segundo o número de médicos que compõem a equipe de saúde.

Médico	Quantidade	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Da família	0	16	18,4	67	94,4	22	35,5	37	90,2	142	54,4
	1	55	63,2	1	1,4	35	56,5	4	9,8	95	36,4
	2 e mais	16	18,4	3	4,2	5	8	0		25	9,2
Clínico	0	65	74,7	2	2,8	38	61,3	8	19,5	113	43,3
	1	10	11,5	9	12,7	12	19,4	19	46,3	50	19,2
	2 e mais	12	13,8	60	84,5	19	19,3	14	34,2	98	37,5
Pediatra	0	60	69,1	3	4,2	43	69,4	13	31,7	119	45,6
	1	17	19,5	14	19,7	13	21	14	34,1	58	22,2
	2 e mais	10	11,4	54	76,1	6	9,6	14	34,1	84	30,4
Ginecologista	0	64	72,7	2	2,8	47	75,8	19	46,3	132	50,4
	1	17	19,3	24	33,8	9	14,5	11	26,8	61	23,3
	2 e mais	6	8	45	63,4	6	9,6	11	26,8	98	26,3
Especialidades	0	80	90,9	58	81,7	57	91,9	35	85,4	230	87,8
	1	3	3,4	4	5,6	4	6,5	4	9,8	15	5,7
	2 e mais	4	5,7	9	12,7	1	1,6	2	4,8	16	6,5

Fonte: QualiAB

Os demais membros da equipe, como os agentes comunitários de saúde, seguem a mesma lógica dos médicos da família, ou seja, estão concentrados nas unidades classificadas nos grupos 1 e 3. Os enfermeiros estão presentes na maioria

das unidades classificadas em todos os grupos de qualidade, assim como os auxiliares de enfermagem. Chama a atenção a porcentagem de unidades classificadas nos grupos de qualidade 3 e 4, que não têm o profissional dentista compondo sua equipe de saúde (Quadro 17).

Quadro 17: Distribuição da porcentagem das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o número de profissionais que compõem a equipe da unidade.

Profissional	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3			Grupo 4		
	0(%)	1(%)	2 e mais(%)	0(%)	1(%)	2 e mais(%)	0(%)	1(%)	2 e mais(%)	0(%)	1(%)	2 e mais(%)
Dentista	20,5	48,9	30,6	16,9	8,5	74,6	48,4	35,5	16,1	63,4	22,0	14,6
Enfermeiro	2,3	68,2	29,5	1,4	45,1	53,5	1,6	88,7	9,7	4,9	90,2	4,9
Aux enf	15,90	13,6	70,5	4,2	4,2	91,5	4,8	21,0	74,2	19,5	41,5	39,0
Téc enf	65,9	10,2	23,9	63,4	12,7	23,9	72,6	12,9	14,5	73,2	17,1	9,7
ACS	15,6	1,1	83,3	85,0	1,4	13,6	27,4	1,6	29,0	80,5	9,8	9,7

Aux enf: auxiliar de enfermagem, Tec enf: técnico de enfermagem, ACS: Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: QualiAB, 2007

Outros profissionais também compõem a equipe da unidade e/ou oferecem apoio com atendimento no próprio serviço. Esses profissionais são médicos especialistas, como os psiquiatras, além do farmacêutico, terapeuta ocupacional, assistente social, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. Contam ainda com os profissionais de nível médio como auxiliares de cirurgia-dentista e auxiliares de farmácia, além dos funcionários de apoio, como auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, vigias, motoristas e recepcionistas.

As condições das instalações dos imóveis nos quais funcionam as unidades de saúde mostram-se precárias. Somente 54,23% dos locais têm sala de espera com espaço físico adequado, assim como o número suficiente de cadeiras (40,38%). Em apenas 35,38% das unidades, existem salas em número adequado para as atividades, ou seja, em mais de 60% dos serviços o número de salas disponíveis não corresponde ao número necessário. Além disso, somente em 12,68% existem senhas na sala de espera (Quadro 18).

Quadro 18: Distribuição das unidades classificadas nos grupos de qualidade segundo a estrutura.

Instalações do imóvel	Grupos									
	1		2		3		4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui sistema de senhas na sala de espera	17	19,3	10	14,1	6	9,8	0	0,0	33	12,6
Possui acesso a Internet	27	30,7	36	50,7	7	11,5	5	12,8	75	28,6
Salas em número adequado para as atividades realizadas	40	45,5	17	23,9	20	32,8	15	38,5	92	35,1
Possui televisão	43	48,9	35	49,3	13	21,3	4	10,3	95	36,2
O número de cadeiras é adequado à demanda	48	54,5	25	35,2	24	39,3	8	20,5	105	40,0
Pintura em bom estado de conservação	54	61,4	34	47,9	30	49,2	17	43,6	135	51,5
A sala de espera tem espaço físico adequado	54	61,4	38	53,5	33	54,1	17	43,6	142	54,2
Possui microcomputadores	63	71,6	60	84,5	31	50,8	11	28,2	165	62,9
A ventilação é adequada	65	73,9	40	56,3	43	70,5	23	59,0	171	65,2
Possui bebedouro	62	70,5	67	94,4	33	54,1	18	46,2	180	68,7
Tem banheiros adequados	67	76,1	50	70,4	41	67,2	22	56,4	180	68,7
Possui quadro para informações	68	77,3	53	74,6	43	70,5	20	51,3	184	70,2
Total	88	100,0	71	100,0	62	100,0%	41	100,0	262	100,0

Fonte: QualiAB, 2007

Como mostra o Quadro 19, mais de 90% das unidades, independente do grupo de qualidade em que estão classificadas, realizam procedimentos de enfermagem, como curativo e inalação. Com exceção das unidades classificadas no Grupo 4, é feita também a retirada de pontos, vacinação e aplicação de medicação via intramuscular. Porém, chama a atenção o tratamento endovenoso, hidratação endovenosa e, principalmente, troca de sonda vesical de demora, em que as porcentagens são menores. Já os procedimentos médicos, suturas, drenagens de abscessos, biópsias e pequenas cirurgias são realizados em menos de 50% das unidades classificadas em todos os grupos de qualidade, com exceção de sutura nas classificadas no Grupo 1.

Quadro 19 Distribuição das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo a realização de procedimentos de rotina.

Procedimentos de Rotina	Grupos				
	1	2	3	4	Total
	%	%	%	%	%
Curativo	98,86	98,59	100,00	92,68	98,09
Inalação	98,86	98,59	98,38	92,68	97,71
Retirada de pontos	98,86	97,18	98,38	85,36	96,18
Vacinação	97,72	97,18	85,48	78,05	91,60
Aplicação de tratamento intramuscular	95,45	94,36	90,32	60,97	88,55
Aplicação de tratamento endovenoso	82,95	77,46	66,12	26,82	68,70
Hidratação por via venosa	71,59	59,15	48,38	19,51	54,58
Troca de sonda vesical de demora	61,36	35,21	19,35	17,07	37,40
Suturas	59,09	43,66	24,19	12,19	39,31
Drenagem de abscessos	50,00	32,39	27,41	7,31	33,21
Biópsias	13,63	40,84	6,45	9,75	18,70
Pequenas cirurgias	18,18	16,90	4,83	4,87	12,60
Outros	36,36	26,76	22,58	17,07	27,48
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,00

Fonte: QualiAB, 2007

Quando analisadas quais as condutas tomadas frente a um acidente com material perfuro-cortante, pode-se observar que a coleta de sorologia do paciente fonte ocorre em mais de 50%, principalmente nas unidades classificadas no Grupo 1. O teste rápido para o paciente fonte é pouco realizado, menos de 40% das unidades. Já em relação à imunização contra tétano e hepatite B para os não-vacinados, 30% das unidades não realizam, o que é bem preocupante. Tanto a abertura de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) como as notificações também apresentam frequências baixas.

Na questão referente aos sistemas de informação, observa-se que as unidades abastecem com maior frequência os seguintes sistemas: sistema de informação ao pré-natal (92,69%), sistema de informação de hipertensão e diabetes (85,38%), sistema de informação de notificação de agravos (78,08%) e sistema de informação da atenção básica (77,31%). O sistema de informação ambulatorial do SUS aparece em apenas 68,08%.

A distribuição das frequências quanto ao agendamento das atividades realizadas no serviço mostram que menos de 50% das unidades agendam todas as atividades oferecidas e 32% agendam apenas para algumas atividades.

A finalidade da pré-consulta na maioria dos casos (91,15%) foi associada à aferição de medidas e sinais vitais, como peso, pressão arterial e temperatura. Para aproveitá-la como forma de acolhimento ou para verificar queixas agudas, esses valores foram bem inferiores (73,08 e 55,38%). De modo análogo, a pós-consulta é centrada em atividades de organização e encaminhamento do fluxo assistencial, como agendar retorno (80,77%), agendar exames (81,54%), agendar consultas de especialidades (63,85), fornecer preservativos (56,15%), entregar medicamentos (55,77%) e orientar encaminhamentos para outros serviços (84,62%). Pouco se utiliza da pós-consulta como momento de orientação e suporte ao paciente, com exceção em relação ao uso da medicação (81,92%) e ao reforço das orientações médicas (78,08%).

Quando a gestante apresenta sífilis, o tratamento é realizado na própria unidade para a gestante e seu parceiro em 67,6% das unidades no Grupo 2 e um pouco mais de 50% nas do Grupo 1.

Em relação às atividades de rotina realizadas por assistente social, as frequências são muito baixas, pelo motivo de 75,77% das unidades não dispõem desse profissional.

Uma porcentagem expressiva dos profissionais que exercem a gerência das unidades são enfermeiros (70%). Os próprios secretários de saúde exercem diretamente essa função em 9,62% das unidades.

Para melhorar a qualidade da atenção à saúde nas unidades, os principais obstáculos apontados concentram-se na inadequação do espaço físico. Chama a atenção que quase metade das unidades considera a inadequação da postura dos usuários um obstáculo a ser vencido para a melhoria da atenção à saúde. Falta de recursos humanos e excesso de demanda também são apontados em 45% e 44,62% respectivamente.

Em relação ao perfil dos profissionais, a maioria dos serviços relata boa qualidade técnica, boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários (70%). No entanto, ainda existe uma parcela de unidades (23,46%) que informam o predomínio de profissionais com boa qualidade técnica, mas com dificuldade de acolhimento e comunicação com os usuários.

Quanto à postura e satisfação dos profissionais, as unidades apontam que a equipe propõe, em conjunto, projetos de mudança (57,31%); trabalha entrosada, buscando a interdisciplinaridade (53,46%); os profissionais estão satisfeitos com as

atividades desempenhadas (47,69%) e são aderentes ao projeto de saúde do SUS (52,31%).

O questionário foi respondido, em quase metade dos casos (49,62%), somente pelo gerente da unidade; em apenas 19,23%, por toda a equipe.

4.3 INDICADORES DE QUALIDADE – DESEMPENHO NAS DIMENSÕES AVALIADAS

4.3.1 GERÊNCIA. SUBDIMENSÃO: GERÊNCIA LOCAL

A subdimensão gerência local foi avaliada, analisando-se dois componentes: o planejamento da assistência e a característica do gerente e da equipe da unidade de saúde, conforme proposto no modelo lógico de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (Quadro 1).

As dezenove questões selecionadas para avaliar o componente de processo, o planejamento da assistência estão demonstradas no Quadro 20, de acordo com cada Grupo de qualidade em que as unidades estão classificadas. É possível perceber que as melhores médias predominam nas unidades classificadas no Grupo 1, com exceção dos indicadores: exames realizados e horário de agendamento dos pacientes às consultas na unidade.

Quadro 20: Médias da pontuação das unidades, por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente planejamento da assistência.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Área de abrangência planejada (Q3)	1,77	1,41	1,77	1,21
Vacinas aplicadas na unidade (Q8)	1,85	1,86	1,37	1,46
Exames feitos na Unidade (Q9)	1,03	1,23	0,68	0,61
Exames colhidos na Unidade (Q10)	1,43	1,42	0,84	0,59
Diversidade de programas oferecidos (Q12)	1,85	1,19	0,96	0,37
Registro de dados (Q15)	1,85	1,61	1,66	1,10
Utilização dos dados da produção assistencial (Q16)	1,93	1,58	0,77	1,10
Utilização dos dados epidemiológicos (Q17)	1,88	1,66	1,74	1,25
Estudos sobre o perfil da demanda (Q18)	1,41	1,0	0,85	0,68
Ações de educação em saúde na comunidade (Q19)	1,80	0,99	0,97	0,58
Ações de educação em saúde na unidade (Q20)	1,73	1,08	0,95	0,44
Ações de vigilância em saúde (Q21)	1,74	1,04	1,11	0,76
Oferta assistencial para demanda espontânea (Q22)	1,88	1,59	1,88	0,92
Proporção entre consultas agendadas e pronto atendimento médico (Q24)	1,75	1,31	1,48	0,70
Divisão de horários na agenda médica (Q25)	0,80	0,90	0,64	0,70
Atividades na sala de espera (Q26)	1,28	0,62	0,31	0,24
Avaliação de resultados de exames (Q27)	1,40	0,80	1,21	0,90
Convocação de faltosos (Q28)	2,00	1,56	1,71	0,83
Avaliação da unidade no último ano (Q79)	1,80	1,41	1,23	0,90

Q: Questões pontuadas do QualiAB

Como pode ser visto no Gráfico 1, existe uma tendência de variação que realiza um mesmo movimento entre a maioria dos indicadores do Grupo 1 e do Grupo 4. Porém alguns indicadores não seguem essa tendência apresentando médias maiores nos Grupos 1 e 3 (representados, em sua maioria, por unidades cujos tipos polares adotam a estratégia de saúde da família), como os indicadores: planejamento da área de abrangência (Q3), registro de procedimentos de rotina (Q15), utilização dos dados de produção assistencial e epidemiológicos no planejamento da unidade (Q 15 e 17), ações de vigilância em saúde (Q21), oferta

para a demanda espontânea (Q22), proporção entre a demanda espontânea e a programada (Q24), avaliação dos resultados dos exames dos usuários atendidos (Q27), e convocação de faltosos às atividades agendadas (Q28).

Dentre os indicadores que apresentam as médias mais distantes entre os grupos de qualidade, evidencia-se a polaridade entre o melhor e o pior, com destaque para as Questões 12, 20 e 28, ou seja, diversidade de ações programáticas desenvolvidas pela unidade, ações de educação em saúde realizadas na unidade e convocação dos faltosos às atividades agendadas (Gráfico 1)

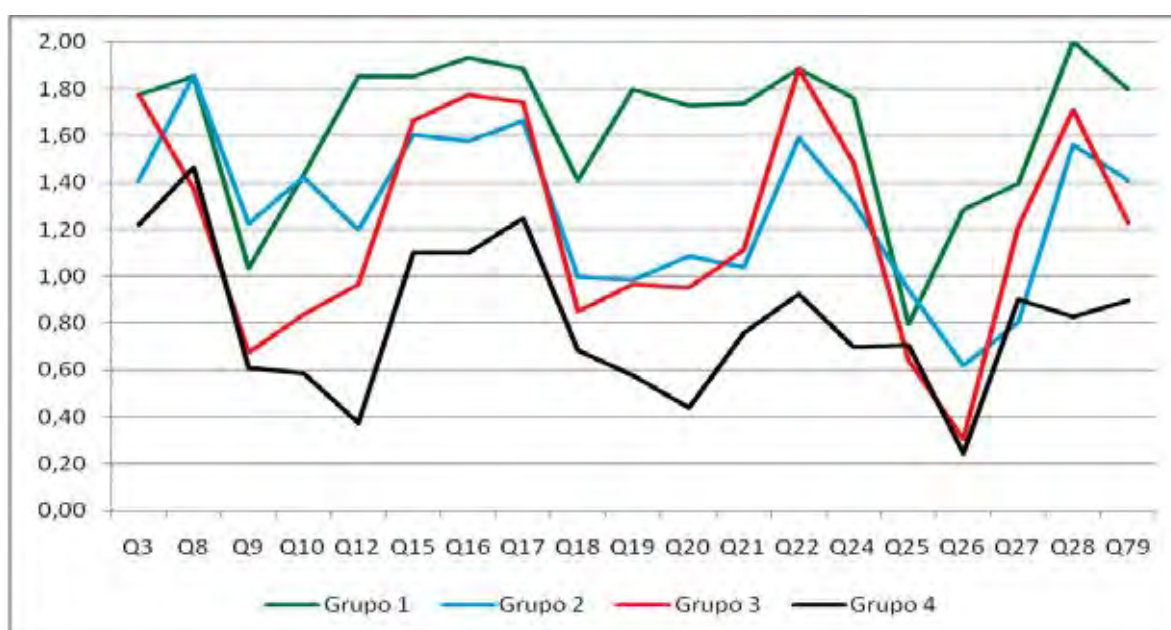


Gráfico 1: Tendência da média dos indicadores do componente planejamento da assistência, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007

Quando analisadas as respostas das questões pontuadas nesse componente, pode-se perceber que, quanto à área de abrangência das unidades classificadas nos Grupos 1 e 3, predominam as que foram delimitadas por planejamento. Já as classificadas no Grupo 2 foram delimitadas por meio de planejamento ou pela facilidade de acesso, enquanto as do Grupo 4 quase a metade das unidades a área de abrangência foi definida pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.

Observa-se ainda que as vacinas de rotina para crianças menores de um ano, como Hepatite B, Poliomielite, tríplice viral, tetravalente, DPT e rotavirus, foram apontadas como disponíveis na maioria das unidades classificadas em todos os

grupos. O mesmo não ocorre com a BCG, que não é realizada em aproximadamente 50% das unidades classificadas nos grupos 3 e 4.

Em relação aos exames realizados na unidade, tem destaque a glicemia de ponta de dedo em quase 100% das unidades classificadas em todos os grupos de qualidade. Em contraponto, menos de 50% das unidades realizam o Eletrocardiograma (ECG), cuja baixa disponibilidade chama a atenção. Embora seja um exame cuja interpretação demande destreza do profissional médico, o que é esperado, sua disponibilidade tem importância tanto do ponto de vista programático, já que se trata de um exame de rotina para diabéticos e hipertensos, como do ponto de vista clínico, dada sua possível utilização no caso de intercorrências. Menos de 15% realizam o teste de tuberculose e hanseníase (PPD e Mitsuda, respectivamente). O Pregnosticon (teste de gravidez) é realizado em pouco mais de 60% nas unidades classificadas nos grupos 1 e 2. A coleta de exames clínicos na unidade ocorre com maior frequência nas classificadas no grupo 2, assim como a coleta de Papanicolaou, exame de escarro e biopsias. O teste do pezinho é realizado em 67% das unidades classificadas no grupo 1 e em menos de 50% das classificadas nos outros grupos. Sabe-se, no entanto, que esse exame também é oferecido nas maternidades e que as baixas frequências, isoladamente, não interferem na qualidade do serviço.

Analisando os programas que as unidades desenvolvem, observa-se que os da Saúde da Mulher (SM), da Criança (SC) e do Adulto (SA) são desenvolvidos pela maioria das unidades classificadas em todos os Grupos (95,80, 93,13 e 91,98% respectivamente).

Ao investigar os registros de rotina feitos pelas unidades, verifica-se que os registros mais pontuados foram: atendimentos e procedimentos; consultas por médicos; coleta de Papanicolau e vacinas. Nota-se a não-existência de um bom controle dos faltosos, pois somente 40,77% das unidades fazem o registro do número de faltas a consultas médicas e 48,85% registram o número de faltosos para o conjunto das atividades. O mesmo ocorre com o registro das consultas extras, pois somente 27,31% registram o número de fichas avulsas abertas e 50% registram os casos “extras” atendidos, ou seja, casos de demanda espontânea.

Quanto ao uso dos dados da produção assistencial, 83,46% relataram utilizá-los no planejamento da unidade, entretanto em 31 unidades (11,92%) tais dados

estão disponíveis, mas não são utilizados e apenas 4,23% (11 unidades) declararam desconhecê-los.

Em relação à utilização dos dados epidemiológicos da região, 85% responderam que os utilizam para planejamento das atividades. Quanto à realização de levantamentos sobre o perfil da demanda realizado pela unidade nos últimos três anos, obtiveram-se valores baixos para quase todos os itens, com exceção do levantamento de dados por programas, que chegou a 73,46%. O levantamento de dados sobre demanda espontânea ocorre apenas em 29,64% dos serviços, enquanto 20,77% das unidades não realizam levantamentos sobre o perfil da demanda dos usuários.

Nas atividades de promoção e educação em saúde realizadas tanto na comunidade (extramuros) como na unidade, foram mais citadas: planejamento familiar; prevenção do câncer ginecológico; prevenção de DST e AIDS; aleitamento materno; controle de proliferação de mosquitos; prevenção de outras doenças transmissíveis, como tuberculose e hanseníase; prevenção de doenças crônicas, como hipertensão de diabetes e saúde bucal. Todas as demais atividades foram inferiores a 50%, com exceção de puericultura realizada extramuros em 52,31% e atividade física em 52,69% na unidade.

Nas atividades dirigidas às doenças de notificação compulsória, o preenchimento das fichas foi o mais citado (87,31%). No entanto, como essa é uma atividade obrigatória em todas as unidades, deveria atingir os 100%.

Quanto aos serviços, responderam que realizam atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária municipal (83,08%) e fazem busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente (65,38%).

As alternativas de oferta para o atendimento da demanda espontânea são pouco diversificadas e concentram-se no atendimento médico ou de enfermagem no mesmo dia, respectivamente 73,85% e 80,38%, e no encaminhamento para o pronto socorro 75%. Quanto à proporção entre consultas médicas agendadas e não-agendadas no total de atendimentos, 56,92% responderam que o mais comum é terem 70% de pacientes agendados e 30% não-agendados. Em relação à distribuição dos horários de agendamento das consultas médicas, observa-se que o mais frequente (43,46%) é que sejam agendados todos os pacientes para o início do

turno. Somente 21,92% das unidades fazem o agendamento com hora marcada para cada paciente e 33,08% o fazem para grupo de pacientes por hora.

Poucos recursos são utilizados nas atividades realizadas em sala de espera: 82,31% das unidades expõem cartazes educativos e 70% distribuem panfletos. Uma parcela de 12,31% não faz qualquer tipo de atividade educativa. A discussão de temas propostos pelos pacientes é de 26,92% e as palestras alcançaram 28,85%, demonstrando que essas ações ainda precisam ser implementadas e discutidas na maioria das unidades.

A avaliação dos resultados dos exames é realizada quando os resultados chegam à unidade, principalmente nas unidades classificadas nos Grupos 1 e 3, contrapondo-se às unidades classificadas nos Grupos 2 e 4, que avaliam os resultados dos exames apenas quando o paciente comparece para o atendimento. Os faltosos de vacinação e de resultados de exames alterados são os mais convocados, seguidos pelas gestantes. Apenas 14,6% das unidades classificadas no Grupo 4 não convoca nenhum paciente faltoso.

As unidades responderam que a avaliação da unidade de saúde, no último ano, foi realizada: com a finalidade de reprogramar as atividades em 53,46% dos casos, para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde (45,38%) e para prestação de contas (30,38%).

Entre os indicadores de qualidade selecionados para avaliação do componente, características do gerente e da equipe, a pauta da reunião do conselho local (Q80), a forma de ouvir os usuários (Q81), assim como as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal (Q67) e a diversidade de profissionais capacitados (Q78) apresentam as menores médias nas unidades classificadas em todos os Grupos de qualidade (Quadro 21).

Quadro 21: Médias da pontuação das unidades, classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente característica do gerente e da equipe.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Carga horária do gerente (Q74)	1,82	1,42	1,44	1,13
Relacionamento com o nível central (Q75)	1,81	1,61	1,66	1,46
Periodicidade das reuniões de equipe (Q76)	1,68	0,34	1,47	0,37
Principais temas tratados na reunião de equipe (Q77)	1,86	1,54	1,63	0,80
Realização de assistência na atenção odontológica (Q66)	1,53	1,43	0,85	0,51
Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal (Q67)	1,31	0,83	0,55	0,48
Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade (Q31)	1,57	1,45	1,26	0,95
Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (Q68)	1,58	1,56	1,42	1,27
Atividades de rotina realizadas pelos agentes comunitários de saúde (Q69)	1,70	0,18	1,47	0,46
Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro (Q70)	1,90	1,73	1,89	1,02
Atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem (Q71)	1,95	1,73	1,87	1,24
Principais temas abordados nas reuniões do Conselho Local de Saúde (Q80)	1,11	0,99	0,19	0,50
Formas de ouvir as reclamações dos usuários (Q81)	1,43	1,28	0,98	0,59
Profissionais capacitados no último ano (Q78)	1,29	0,89	0,94	0,38

Q: Questões pontuadas do QualiAB

O Gráfico 2 mostra que as unidades classificadas nos Grupos 1 e 3 (predominantemente unidades do tipo polar com estratégia de saúde da família) valorizam mais as reuniões periódicas da equipe (Q76) e os temas tratados nessas reuniões (Q77), assim como as atividades de rotina realizadas pelos agentes comunitários de saúde (Q69) e pelo enfermeiro (Q70). Preocupam-se mais com a capacitação dos profissionais (Q78), bem como com a dedicação do gerente (Q74) e com o relacionamento da unidade com o nível central (Q75). Chama a atenção a não-valorização das reuniões da equipe (Q76) pelas unidades classificadas no grupo 2, ficando essa com média abaixo até das unidades classificadas no grupo 4.

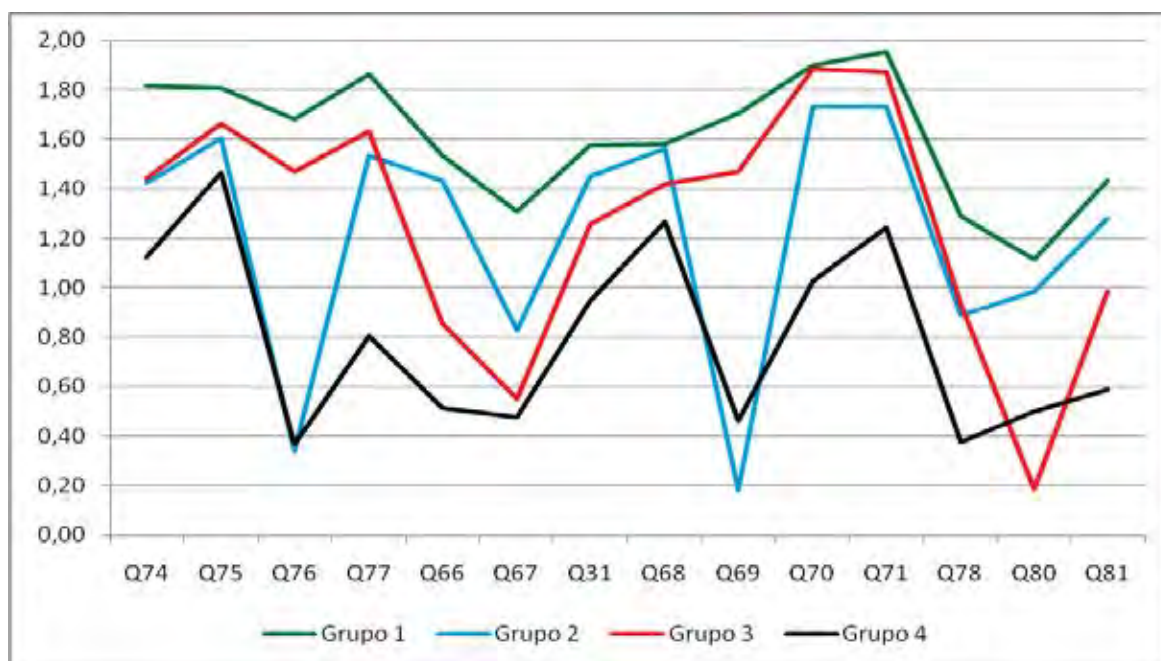


Gráfico 2: Tendência da média dos indicadores do componente características do gerente e da equipe, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

Ao se avaliar o conteúdo das respostas apontadas pelo questionário aplicado, pode-se perceber que em 65,38% das unidades os gerentes têm carga horária de 40 horas semanais e apenas 3% das unidades não têm gerente. A comunicação da unidade com o nível central acontece, em mais da metade (68,85%), por meio de reuniões agendadas periodicamente e 29,23% apenas quando surgem problemas.

A maioria dos serviços realiza reuniões periódicas. As reuniões de equipe ocorrem com frequência semanal em 37,31% das unidades, enquanto em 24,62% das unidades não ocorrem reuniões periódicas. Quanto aos principais assuntos discutidos nessas reuniões, de forma geral as unidades apontam os seguintes temas: rotinas da unidade (89,23%), organização e avaliação do trabalho, implantação de novas ações (86,54%) e informes (77,69%), entre outros.

Ao se questionar quais os profissionais que foram capacitados no último ano, os enfermeiros (88%) aparecem em primeiro em todos os Grupos; em seguida aparece a categoria dos médicos (70,38%), acompanhada pelos auxiliares de enfermagem (62,31%).

As unidades classificadas em todos os grupos de qualidade responderam que aproximadamente em 40% delas o tempo médio da consulta médica, independente

da especialidade (médico da família, clínico geral, pediatra ou ginecologista) é de 15 minutos.

Quanto às atividades realizadas na assistência à saúde bucal, 26,15% das unidades referem não possuírem equipe; por outro lado, observa-se que entre as unidades que assistem a saúde bucal, 68,85% o fazem centradas no atendimento clínico individual, com baixas frequências de ações de caráter preventivo dentro ou fora da unidade

As atividades de rotina realizadas por enfermeiro concentram-se em ações voltadas para: supervisão de enfermagem (98,46%), consulta de enfermagem (94,62%), notificação epidemiológica (92,69%), visita domiciliar (91,92%) e atividades administrativas (90,38%). Na consulta de enfermagem, verifica-se que a maioria dos itens investigados são abordados em 80% dos serviços, voltando-se mais para a orientação sobre os métodos de contracepção (95,38%), uso correto de medicação (94,62%), sobre o uso de preservativos (91,92%), palpação das mamas (91,54%) e orientações sobre autocuidado (91,15%). Já sobre as atividades de rotina de auxiliar e/ou técnico de enfermagem, chama a atenção a baixa ocorrência de atividades de orientação e estímulo a ações de prevenção de câncer feminino, além daquelas ligadas a dificuldades com o diagnóstico/tratamento.

Em relação às atividades de rotina realizadas pelo agente comunitário, existe uma grande diferença entre as unidades classificadas nos grupos de qualidade, relacionada à existência de unidades do tipo polar com a estratégia de a saúde da família estar mais concentrada nos grupos 1 e 3.

Ao se questionar sobre temas abordados nas reuniões do conselho local de saúde da unidade, nota-se que quase a metade das respostas (42,31%) concentram-se no fato de não existir conselho local de saúde nas unidades. Nas que possuem conselho local, os temas abordados giram em torno dos atendimentos. Quando questionado sobre como as reclamações dos pacientes podem ser encaminhadas, observa-se que são feitas diretamente à direção local da unidade (80%), no entanto esse tipo de encaminhamento mostra-se restrito. A forma de caixa ou livro de sugestões e reclamações aparecem em menos da metade dos serviços (40%), assim como o sistema de ouvidoria.

4.3.2 ATENÇÃO À SAÚDE. SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA MULHER

Nessa subdimensão, foram analisados três componentes propostos: ações desenvolvidas no pré-natal, ações dirigidas à promoção da vida sexual e reprodutiva e prevenção do câncer ginecológico. Realizam ações planejadas em saúde da Mulher 70,00% das unidades, sendo que as classificadas no Grupo 1 realizam em mais 85% delas.

As médias dos indicadores referentes ao componente ações desenvolvidas no pré-natal, segundo os Grupos de qualidade em que as unidades estão classificadas, estão demonstradas no Quadro 22. Pode-se perceber que as médias são elevadas em todos os Grupos de qualidade, com exceção do indicador exames de rotina solicitados nas unidades para as gestantes (Q40), sendo apenas valorizada a realização de sorologias para sífilis e aids.

Quadro 22: Médias da pontuação das unidades, classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente ações desenvolvidas no pré-natal.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Intervalo de tempo entre o diagnóstico de gravidez e inscrição no pré-natal (Q38)	1,85	1,72	1,50	1,44
Precocidade do início do pré-natal (Q39)	1,99	1,86	1,98	1,39
Exames de rotina solicitados para as gestantes (Q40)	0,93	0,48	0,56	0,34
Solicitação de sorologias para sífilis e aids no pré-natal (Q 41)	1,73	1,76	1,59	1,19
Atividades educacionais para gestantes (Q43)	1,82	1,42	1,11	0,34
Agendamento de consulta de revisão pós-parto imediato (Q44)	1,77	1,80	1,41	0,95
Agendamento de consulta de revisão pós-parto tardio (Q45)	1,73	1,56	1,48	1,24

Q: Questões pontuadas do QualiAB

O Gráfico 3 mostra que o início do acompanhamento da gestante (Q39) é melhor nas unidades do Grupo 3 em relação ao 2, assim como a solicitação de sorologia para sífilis e aids (Q 41) e o agendamento para consulta de revisão pós-parto imediato (Q44) estão mais disponíveis nas unidades do grupo 2 em relação às do Grupo 1.



Gráfico 3: Tendência da média dos indicadores do componente ações desenvolvidas no pré-natal, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

Os indicadores que classificam as unidades apontam que, com o diagnóstico de gravidez positivo, a inscrição no Pré-Natal (PN) é realizada imediatamente por um profissional da enfermagem na maioria das vezes (69,84%), com destaque para as unidades classificadas no Grupo 1 (85%). Segundo as unidades, o início do pré-natal ocorre geralmente no primeiro trimestre, sendo maior a proporção de unidades classificadas nos Grupos 1 e 3.

Em relação aos exames solicitados às gestantes durante o pré-natal, destacaram-se: Sorologia para HIV, Urina I e VDRL, não diferenciando muito entre as unidades classificadas nos Grupos 1, 2 e 3. O exame de ultrassonografia é mais solicitado nas unidades do Grupo 1. A solicitação de duas sorologias para a detecção de sífilis e de aids durante o pré-natal ocorre em 66,8% das unidades, sendo que nas unidades dos Grupos 1 e 2 as frequências são maiores (76,7 e 74,6% respectivamente).

Analisando-se as atividades de educação em saúde oferecidas às gestantes, nota-se que as estratégias utilizadas são o Grupo de pré-natal, seguido por panfletos e palestras, destacando-se as unidades do Grupo 1.

A revisão pós-parto imediata é realizada na unidade de saúde, com agendamento feito ao final do pré-natal ou na alta hospitalar na maioria das

unidades. Chama a atenção que em 9,54% das unidades essa revisão só é realizada por demanda espontânea da gestante e 20% das unidades do Grupo 4 responderam que não realizam esse procedimento. A revisão pós-parto tardia é agendada nos serviços durante a revisão pós-parto imediato. Quanto à convocação de faltosos, observa-se que as unidades do Grupo 1 priorizam as gestantes que faltaram às consultas e as puérperas para a revisão pós-parto em 100% e 92% respectivamente.

Quanto ao componente, ações desenvolvidas a promoção da saúde sexual e reprodutiva, as unidades mostram-se pouco sensíveis ao problema da violência, pois as médias dos indicadores relacionados a esse componente mostraram-se baixas em todas as unidades. O atendimento às DST fica com médias melhores, principalmente nas unidades classificadas no Grupo 1 (Quadro 23).

Quadro 23: Médias da pontuação das unidades, classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente, ações desenvolvidas a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Diagnóstico e orientação em situação de violência (Q62)	1,20	0,86	0,85	0,66
Procedimento diante de um caso sugestivo de DST (Q63)	1,82	1,56	1,31	0,93
Procedimentos para dispensação de preservativos (Q64)	1,31	1,14	0,52	0,54
Métodos contraceptivos disponíveis nos últimos 6 meses (Q65)	1,45	1,66	1,0	0,92

Q: Questões pontuadas do QualiAB

O Gráfico 4 evidencia que o indicador relativo à disponibilidade de métodos contraceptivos na unidade (Q65) é o único que não segue a tendência conforme o grupo de qualidade em que a unidade está classificada, ficando com as melhores médias as unidades do grupo 2.

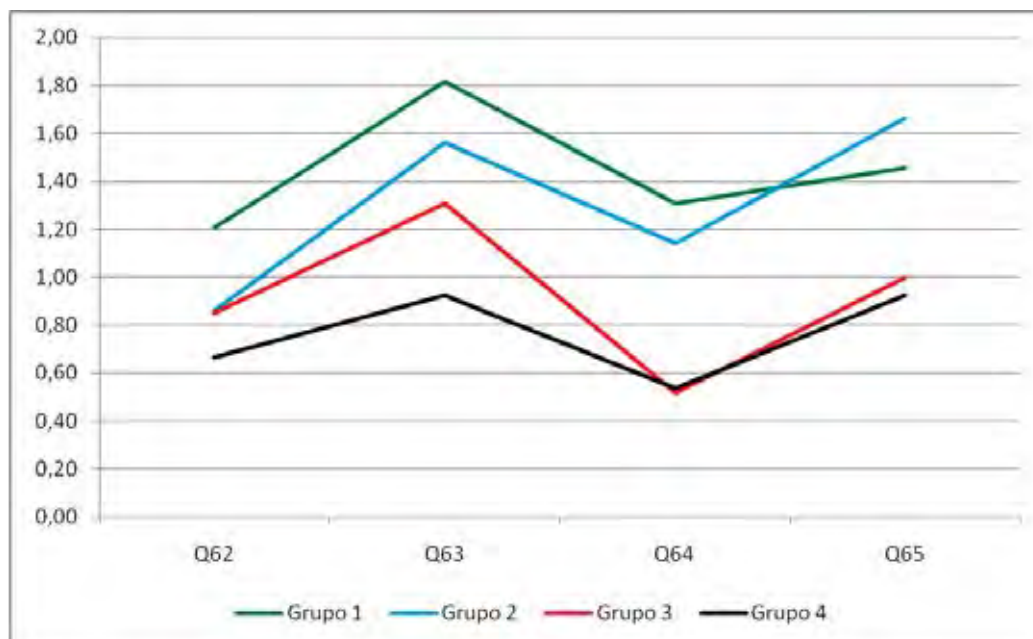


Gráfico 4: Tendência da média dos indicadores do componente ações dirigidas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

Nesse componente, a especificidade, a capacidade técnica e a resolubilidade do problema de violência são baixas, pois, quando se trata do diagnóstico e orientação, a maioria das unidades de saúde avalia e encaminha os casos, apenas as unidades do Grupo 1 consideram a equipe com capacidade técnica para atender as mulheres vítimas de violência em 100%.

Já nos casos de DST, a sensibilidade e capacidade técnica é maior, sendo que 66,15% das unidades realizam investigação e tratamento; 80,38% delas fazem orientação e aconselhamento sobre o uso de preservativos; 63,85%, aconselhamento e testagem sorológica. Sobressai, no entanto, a porcentagem das unidades em que os pacientes são encaminhados, sejam homens ou mulheres (43,46%).

Menos da metade das unidades (43,46%) orientam sobre DSTs/aids e sobre como usar o preservativo ao dispensá-lo. A dispensação é feita para a população em geral conforme a demanda em 68,70% das unidades.

Como método contraceptivo, as unidades dispõem da pílula e do preservativo masculino. Chama a atenção a frequência de encaminhamento para formas

definitivas de contracepção: vasectomia (74,04%) e laqueadura (72,90%), sendo maiores no Grupo 1 (Quadro 24).

Quadro 24: Características das unidades classificadas nos grupos de qualidade, segundo o planejamento familiar.

Grupos	Disponibilidade de preservativos	Disponibilidade de pilula	Encaminhamento a Vasectomia	Encaminhamento Laqueadura
1	93,2%	95,5%	89,8%	86,4%
2	100,0%	98,6%	83,1%	84,5%
3	91,9%	90,3%	59,7%	56,5%
4	78,0%	82,9%	46,3%	48,8%

Fonte: QualiAB, 2007

Em relação ao componente prevenção do câncer ginecológico, as unidades de saúde estão pouco preparadas para dar atenção de qualidade às mulheres, pois as médias dos indicadores são inferiores a 1,5, com exceção da periodicidade da coleta do Papanicolaou (Q35) nas unidades classificadas no Grupo 2, conforme mostra o Quadro 25

Quadro 25: Médias da pontuação das unidades, classificadas por Grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente Prevenção do Câncer Ginecológico.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Profissionais que coletam Papanicolaou (Q33)	0,22	0,37	0,06	0,15
Profissionais que realizam exame de mamas (Q34)	1,30	1,21	1,14	1,02
Periodicidade da coleta de Papanicolaou (Q35)	1,09	1,70	0,54	0,44
Critérios para oferta de Papanicolaou (Q36)	1,11	1,06	0,97	0,78
Critérios de solicitação de mamografia (Q37)	1,38	1,21	1,24	1,17

Q: Questões pontuadas do QualiAB

Evidencia-se variação de tendência entre todos os indicadores, com exceção de Q35, sendo que critérios de riscos, tanto para a prevenção do câncer de colo de útero como o de mama, não são avaliados na maioria das unidades classificadas em todos os Grupos de qualidade (Gráfico 5).

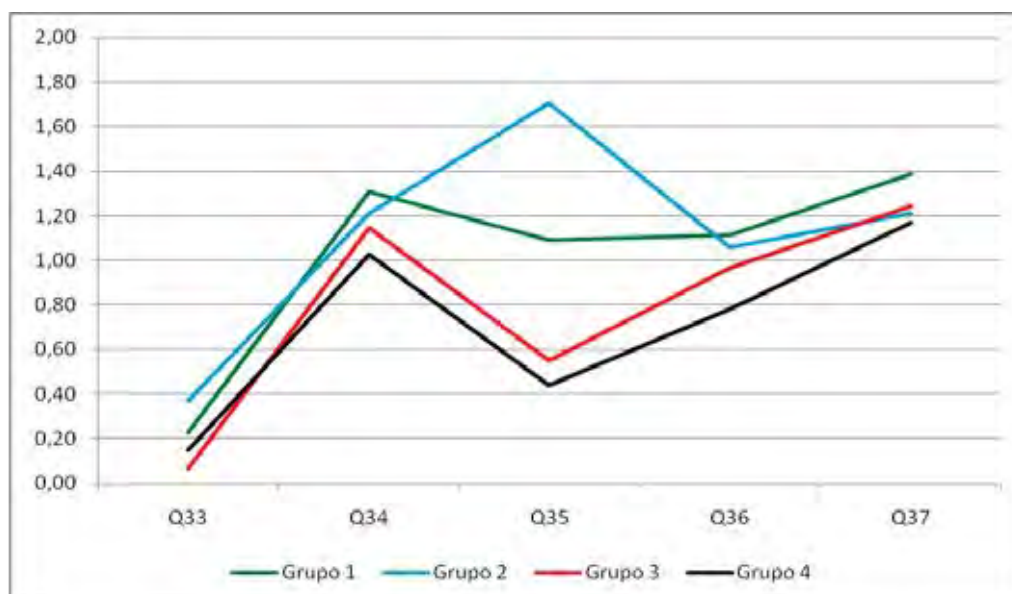


Gráfico 5: Tendência da média dos indicadores do componente prevenção do câncer ginecológico, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

Dentre os membros da equipe que colhe o Papanicolaou, o médico o faz na mesma proporção que o enfermeiro apenas nas unidades do Grupo 2; nos outros Grupos, o médico colhe-o em menor proporção. Chama a atenção o número pequeno de unidades que referiram que o exame é realizado por técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (23,66%), sendo que nas unidades do Grupo 2 este valor é um pouco maior (35,29%). Quanto aos critérios para oferta do exame de Papanicolau, a maioria das unidades (86,25%) oferece para todas as mulheres, porém não em todos os dias (71,75%). As unidades dos Grupos 1 e 3 oferecem de duas a três vezes por semana e as do Grupo 4 apenas um vez por semana (Quadro 26).

Quadro 26: Características das unidades referentes ao profissional que colhe material para o Papanicolaou e periodicidade da oferta, segundo os grupos de qualidade.

Grupos	% das unidades em que o profissional colhe material para o Papanicolaou	Frequência semanal da oferta do exame
1	Enfermeiro 97,7% Médico 52,3% Auxiliar e/ou Técnico 25,0%	2 a 3 vezes por semana
2	Enfermeiro 90,1% Médico 90,1% Auxiliar e/ou Técnico 35,2%	Todos os dias
3	Enfermeiro 93,5% Médico 24,2% Auxiliar e/ou Técnico 16,1%	2 a 3 vezes por semana
4	Enfermeiro 70,0% Médico 39,0% Auxiliar e/ou Técnico 12,2%	Uma vez por semana

Fonte: QualiAB, 2007

No caso do exame clínico de mama, quando considerado o conjunto dos serviços, é realizado com maior frequência pelo enfermeiro (87,40%), com exceção das unidades do Grupo 2, em que se destaca o médico ginecologista (93%). Quanto aos critérios para solicitação de mamografia, a maioria das unidades solicita para todas as pacientes com 40 anos ou mais, sendo que nas unidades do Grupo 2 esse valor chega a 81,7%. Os critérios programáticos, como: solicitar a mamografia anualmente, a partir dos 35 anos, para pacientes com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau (mãe, filha, irmã) antes dos 50 anos, foi assinalado em proporções menores, sendo que nas unidades dos Grupos 3 e 4 foram menos de 50%.

4.3.3 ATENÇÃO A SAÚDE. SUBDIMENSÃO: SAÚDE DA CRIANÇA

Nessa subdimensão, a avaliação dos serviços foi realizada por meio de dois componentes: atenção ao recém-nascido e atenção à criança e ao adolescente.

No componente atenção ao recém-nascido a média dos indicadores de todas as unidades classificadas em todos os Grupos apresenta-se baixa em relação ao indicador aplicação da vacina BCG (Q 49), o que pode ser justificado pelo fato de algumas maternidades vacinarem as crianças ao nascerem (Quadro 27).

Quadro 27: Médias da pontuação das unidades, classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção ao recém-nascido.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido (Q48)	1,84	1,51	1,64	0,95
Oferta semanal de BCG (Q49)	1,33	1,59	0,79	0,71

Q: Questões pontuadas do QualiAB

O primeiro atendimento do recém-nascido ocorre somente quando a mãe procura espontaneamente o serviço em 65% das unidades do Grupo 4. Já nas unidades classificadas nos Grupos 1 e 3, o recém-nascido não é agendado, pois é realizada visita domiciliar.

A vacina BCG é oferecida conforme a demanda em menos de 50% das unidades. Chama a atenção o fato de 20% das unidades agendarem a vacina apenas para um dia na semana e quase 30% não ter a BCG disponível na unidade.

Todos os indicadores referentes ao componente atenção à criança e ao adolescente são satisfatórios apenas nas unidades classificadas no Grupo 1, mostrando-se baixos em todos os outros Grupos, conforme mostra o Quadro 28.

Quadro 28: Médias da pontuação das unidades classificadas por grupo de qualidade, segundo os indicadores selecionados no componente atenção à criança e ao adolescente.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Diversidade de atendimentos oferecidos às crianças (Q50)	1,83	1,68	1,27	0,80
Conteúdos abordados no atendimento às crianças (Q51)	1,74	1,38	1,56	1,15
Atuação da unidade em instituições para crianças (Q52)	1,60	0,54	0,55	0,15
Ações programadas para atenção aos adolescentes (Q53)	1,62	0,76	0,58	0,20

Q: Questões pontuadas do QualiAB

Fica muito evidente, no Gráfico 6, a distância entre as unidades classificadas nos grupos 1 e 4 e o quanto as unidades classificadas nos grupos 2 e 3 se assemelham, sendo que, no indicador referente aos cuidados abordados no atendimento à criança (Q 51), a média das classificadas no grupo 3 é maior que no 4.

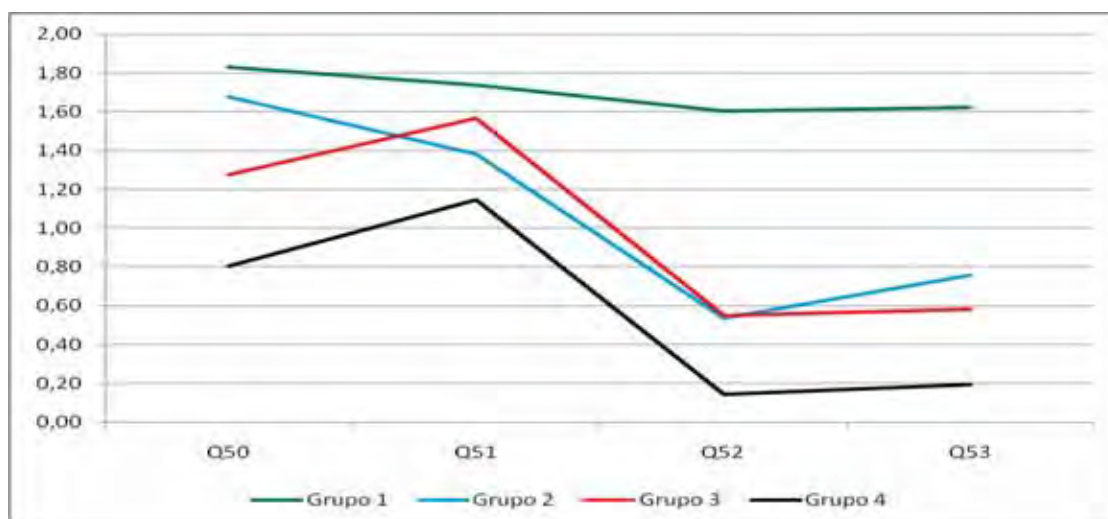


Gráfico 6: Tendência da média dos indicadores do componente atenção à criança e ao adolescente, segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

O tipo de atendimento que as crianças recebem concentra-se em consultas médicas e de enfermagem. Os Grupos com mães ou pais das crianças são realizados em poucas unidades, destacando-se as classificadas no Grupo 1 (50%).

As atividades planejadas em relação ao aleitamento materno, desnutrição, orientações para inscrição em programas sociais e obesidade destacam-se em todas as unidades classificadas nos quatro grupos de qualidade. A saúde do escolar se sobressai apenas nas unidades classificadas no Grupo 1, sendo pequena a quantidade de unidades classificadas nos outros Grupos que realizam essas atividades. Já em relação à participação da unidade em atividades nas creches e escolas, 20% não realizam nenhuma, a vacinação é valorizada em pouco mais de 50% das unidades e a educação em saúde bucal e geral em menos de 50% das unidades, destacando-se apenas as unidades classificadas no Grupo 1.

4.3.4 ATENÇÃO A SAÚDE. SUBDIMENSÃO SAÚDE DO ADULTO

Essa dimensão foi analisada por meio de dois componentes: ações ao adulto e ao idoso e atenção ao portador de hipertensão e diabetes.

Em relação ao componente ações ao adulto e ao idoso as unidades apresentam médias maiores, com destaque para as classificadas no Grupo 1, com exceção das ações dirigidas para casos de alcoolismo (Q61). O mesmo não ocorre com o indicador relativo à atenção ao idoso (Quadro 29).

Quadro 29: Médias da pontuação das unidades classificadas por grupo de qualidade segundo os indicadores selecionados na atenção ao adulto e ao idoso.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Intervalo de tempo entre o agendamento e a consulta médica para adulto (Q55)	1,97	1,89	1,82	1,35
Diversidade de atendimentos oferecidos aos adultos (Q56)	1,74	1,70	1,45	1,07
Condições de saúde abordadas no atendimento ao adulto (Q57)	1,82	1,52	1,29	1,02
Diagnóstico e orientação para casos de alcoolismo (Q61)	1,02	0,93	0,85	0,54
Condições de vida e saúde abordada na atenção ao idoso (Q60)	1,56	0,41	0,47	0,12

Q: Questões pontuadas do QualiAB

A tendência de queda entre os indicadores das unidades classificadas nos grupos de qualidade é evidente, com destaque apenas em relação às necessidades abordadas nas ações programadas da atenção ao idoso (Q60,) que é um pouco maior no grupo 3 em relação ao 2 (Gráfico 7).

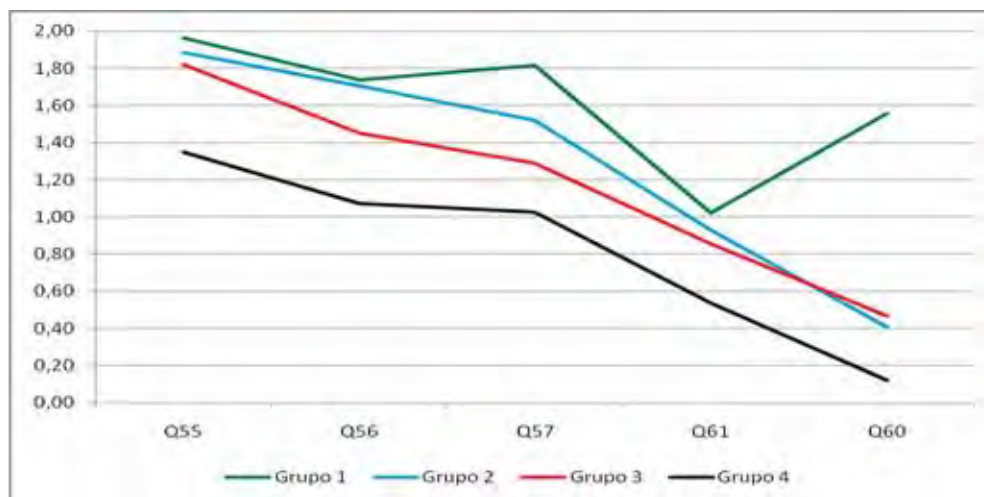


Gráfico 7: Tendência da média dos indicadores do componente ações ao adulto e ao idoso segundo a classificação das unidades, QualiAB, 2007.

O atendimento aos adultos é realizado centralmente por meio de consultas médicas, seguido pelas consultas de enfermagem. O tempo de espera para as consultas, em mais da metade das unidades classificadas nos Grupos 1, 2 e 3, é menos de quinze dias. Em relação à oferta programada para a saúde do adulto, 72,52% das unidades desenvolvem ações planejadas, chegando a 89,8% nas unidades do Grupo 1, com destaque as atividades voltadas para: hipertensão (95,80%) diabetes (95,41%), obesidade (65,65%), tabagismo (58,01%) e atividade física (57,25%), sendo essas ações mais desenvolvidas nas unidades classificadas no Grupo 1.

As ações relacionadas ao diagnóstico e orientação para os casos de alcoolismo concentram-se, na sua maioria (62,60%), numa avaliação inicial e no encaminhamento para tratamento em outras unidades de saúde. Apenas 14,12% fazem seguimento desses casos, 10,69% das unidades de saúde não se sentem capacitadas nem para uma primeira avaliação, 4,20% dos serviços, não reconhecem esse problema entre seus usuários. Mais da metade (64,8%) das unidades

classificadas no Grupo 1 realizam ações planejadas, avaliando os pacientes e encaminhando para seguimento os casos de alcoolismo (84,1%).

Abordando-se a atenção à saúde dos idosos, destaca-se que metade (48,46%) dos serviços não lhes oferece ações de forma regular e programada. Entre as poucas atividades oferecidas, a maioria concentrou-se no climatério (48,08%)

Já os indicadores relativos ao componente atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos, os Grupos 1, 2 e 3 estão dentro do padrão, pois apresentam médias elevadas (Quadro 30).

Quadro 30: Médias da pontuação das unidades classificadas por grupo de qualidade segundo os indicadores selecionados na atenção ao portador de hipertensão arterial e diabetes.

Indicadores	Grupos de Qualidade			
	1	2	3	4
Diversidade de atendimentos oferecidos aos diabéticos e/ou hipertensos (Q58)	1,91	1,86	1,82	0,93
Disponibilidade de medicamentos (Q59)	1,91	1,83	1,82	1,59

Q: Questões pontuadas do QualiAB

Em relação ao atendimento de diabéticos e/ou hipertensos, as unidades desenvolvem, com maior frequência, as seguintes ações: solicitam anualmente exames clínico-laboratoriais (89,70%), fazem treinamento dos pacientes diabéticos para autoaplicação de insulina (85,50%), dão orientação de cuidados com os pés para os diabéticos (79,38%), dão orientação detalhada de dieta (79,0%), realizam ou encaminham para o eletrocardiograma anual (75,57%).

Em relação à disponibilidade de medicamentos, verifica-se que a lista de medicamentos disponíveis contempla a maior parte das necessidades dos pacientes em 81,30% das unidades e os medicamentos essenciais não costumam faltar em 70,23% das unidades. A lista de medicamentos é composta, principalmente, pelos medicamentos fornecidos pelo Estado (72,90%).

5. DISCUSSÃO

A avaliação realizada explorou duas grandes dimensões: a organização do processo de atenção à saúde e o gerenciamento local das unidades por meio de instrumento estruturado auto respondido por equipes de serviços de atenção básica (QualiAB).

Os serviços denominados como “tipos polares” – unidades com ESF e UBS tradicionais – representam formas de organizar a atenção básica que trazem consigo a proposição de diferentes modelos assistenciais. A avaliação realizada permite discutir o modo como as ações são executadas, segundo as equipes responsáveis, e o quanto efetivam do modelo proposto, apontados pelos padrões que orientam os indicadores utilizados.

Nesse sentido, o núcleo da discussão que se coloca a seguir é como os indicadores propostos pelo QualiAB, e algumas variáveis descritivas permitem correlacionar a qualidade de serviço com os tipos polares de unidades de atenção básica considerados.

O conceito do modelo de atenção à saúde, segundo Paim (1999), refere-se à forma de organização das relações entre profissionais de saúde e usuários, mediadas por tecnologias utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Tanto as unidades que adotam a ESF, parcial ou total, quanto a UBS tradicional, são tipos “polares” representativos da proposição de modelos de atenção à saúde, que guardam originalmente elementos que os aproximam no âmbito da atenção primária e outros que os distanciam, enquanto estratégias de integração com a família e a comunidade. Convergem na proposição de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo, quanto na comunidade, e se distanciam na estratégia e organização de como efetivá-las. No entanto, no campo das práticas efetivamente realizadas nas unidades as interfaces podem ser ainda maiores, polarizando os modelos de modo mais complexo do que pode ser representado pelos “tipos de unidade”.

Muitas discussões caminham por contrapor o proposto pela ESF (tanto no plano das idéias e mesmo nas medidas políticas de incentivo e apoio) ao realizado

pelas UBS tradicionais, sendo esse genericamente caracterizado como modelo desestruturado e sem proposta técnica. Segundo SAMICO *et al.* (2005) as unidades com ESF têm sua potencialidade devido à territorialização, vínculo e inclusão das populações mais vulneráveis. O Ministério da Saúde ressalta que a ESF incorpora e reafirma os princípios do SUS, incentivando assim, tanto política como financeiramente, os municípios a aderirem a essa estratégia em caráter substitutivo as práticas tradicionais de assistência, ou seja, com novo processo de trabalho comprometido com a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população considerando, portanto, a ESF, como sinônimo, da própria Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

O padrão de qualidade, aferido pelo QualiAB, aponta um “dever ser” que toma por base o previsto na PNAB, como representativo de uma determinada racionalidade técnico política que orienta o modo de operacionalizar a atenção a saúde, nesse sentido o “modelo assistencial” que se quer efetivar. A unidade com a estratégia de Saúde da Família tende a corresponder melhor a esse padrão proposto pela PNAB, mas não necessariamente, como pudemos observar nos resultados apresentados. O Grupo de unidades que corresponde aos melhores indicadores de qualidade é, em sua maioria, formado por unidades que adotam a estratégia de saúde da família (mesmo que parcialmente), porém, o Grupo de qualidade intermediária também o é, além da presença de unidades de ambos os tipos em todos os Grupos de qualidade.

Ou seja, o que de fato é operado nos serviços nem sempre é o proposto pelas normas e diretrizes, como se pode perceber ao encontrar mais de 37% das unidades com ESF implantada, com padrões intermediários e ruins de qualidade de serviço. Essas unidades se contrapõem com unidades de saúde, tradicionalmente constituídas, desenvolvendo ações que se aproximam muito mais dos pressupostos da PNAB, tanto que a maioria (62%) das unidades tradicionais está classificada em Grupo de qualidade, também intermediário, porém, com notas maiores que as unidades com ESF e no padrão ouro.

Assim, existem serviços de atenção básica, independente do tipo denominado, que podem ser classificadas tanto com padrão ouro, como podem ter os piores indicadores de qualidade. Algumas diversidades na organização do processo de trabalho das unidades com ESF podem ser explicadas pelos apontamentos feitos por Camargo-Junior *et al.* (2008) indicando que algumas

unidades mantêm ações utilizadas anteriormente à implantação da estratégia e outras inovam, sendo essa diversidade resultado da influencia e envolvimento próprio da equipe local, ou as práticas antigas tendem a persistir nas equipes, podendo estar relacionadas com a cultura institucional ou mesmo com a formação do profissional, como aponta Connill (2000).

Segundo o observado no modelo logístico pode-se afirmar que a população do município em que o serviço está localizado não é preditora de qualidade, embora se observe um número maior de unidades em municípios com populações menores e melhor classificadas. Nos grandes centros urbanos observa-se uma maior diversidade de tipos polares de unidades com predomínio de UBS tradicionais, com menor cobertura populacional. Apesar dessa tendência, as regiões de saúde estudadas, independente das condições demográficas de seus municípios, apresentam serviços de diversos tipos e com diferentes padrões de qualidade.

Analisando as variáveis descritivas podemos observar essa mesma variabilidade, ou seja, diferentes padrões de estrutura e organização nos diversos tipos de serviço.

A estrutura física das unidades, bem como as outras variáveis descritivas utilizadas foram tomadas como informações que caracterizam os serviços, pois a estrutura não garante resultados favoráveis se a equipe de saúde não executar ações de excelência, como ressalta Vouri (1991), mesmo admitindo que os processos de trabalho devam ser executados em condições mínimas de estrutura (NEMES, 2004).

Por reconhecer que as condições de ambiência, isoladamente, não determinam a qualidade do serviço, mas que proporcionam condições mínimas de desenvolvimento das ações pela equipe de saúde e conforto aos usuários, é que se optou por caracterizá-las. Os resultados apontam o quanto essas condições vêm sendo negligenciadas. Apesar de todas as unidades serem ventiladas e possuírem sanitários, apenas as classificadas no Grupo 1 (de melhor qualidade) tem espaço físico adequado, possuem pintura nas paredes conservadas e cadeira para os usuários. A privacidade nas ações individuais pode estar comprometida já que o número de salas é insuficiente para os atendimentos na maioria das unidades avaliadas, independente do grupo em que estão classificadas. A desvalorização do investimento e manutenção das estruturas físicas e ambiência dos serviços públicos de saúde são apontadas por outros estudos, mesmo quando se trata de serviços

especializados, como o realizado por Gomes *et. al* (1999) em serviços especializados em HIV/aids.

Estudos realizados em serviços tanto de média complexidade, como ambulatorios de DST/Aids (NEMES *et.al*, 2004), quanto os de alta complexidade, como cirurgias coronarianas (NORONHA *et.al*, 2003), associam o volume de atendimentos com a qualidade do serviço, ou seja, quanto maior o volume de procedimentos realizados melhor a qualidade do serviço, sendo essa qualidade atribuída ao grau de especialização que os profissionais adquirem com o atendimento de um grande número e de uma grande diversidade de casos. Na atenção básica essa questão parece não adquirir o mesmo significado, ainda que a expertise da equipe se mantenha como uma condição desejável.

Pode-se observar que as unidades classificadas no melhor grupo de qualidade são de pequeno porte, ou seja, contam apenas com a equipe mínima, médico da família, agentes comunitários de saúde, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, possuem uma menor oferta de outras especialidades médicas, tanto na unidade como na equipe de apoio, e realizam até 129 procedimentos/dia. A qualidade observada nas unidades de pequeno porte parece estar relacionada à sua organização com ESF. Já nas UBS tradicionais, observamos uma tendência oposta – as unidades de maior porte (realizam mais de 130 procedimentos dia e contam com dois ou mais clínicos, pediatras e ginecologistas compondo a equipe de saúde) são melhores classificadas quando comparadas com as UBS tradicionais de menor porte.

O porte das unidades, ou seja, sua capacidade de produção de ações de atenção à saúde, e sua localização, descentralizada ou centralizada, são questões articuladas e de grande importância para as políticas de Atenção Básica. A descentralização facilita o acesso, mas tende a diminuir o número de atendimentos realizados, por outro lado, se a centralização dos serviços não é defensável qual o maior grau de descentralização que mantém a eficiência e efetividade das ações e que garante sua qualidade?

A maior facilidade de acesso geográfico da população aos serviços por meio de pequenas unidades básicas localizadas na zona rural não foi acompanhado, em nosso estudo, por um atendimento de qualidade. No entanto, ao considerarmos os tipos polares pudemos observar que, tal como em relação ao porte das unidades, comportamentos distintos entre os tipos polares considerados. As unidades com

ESF pertencentes ao Grupo 1 têm localização central periférica e as pertencentes ao Grupo 4, são em sua maioria rurais; já as UBS tradicionais têm comportamento oposto, as de localização central estão no grupo 2 de qualidade, enquanto as de localização central periférica estão no grupo 4.

Os resultados apontaram que os procedimentos médicos tais como suturas e drenagens de abscessos, assim como os dentistas estão mais concentrados nas unidades do Grupo 1 e 2 contemplando os tipos polares de melhor qualidade tanto unidades com ESF como UBS tradicional, já os profissionais e procedimentos de enfermagem estão presentes em todos os grupos.

No entanto, se o local de atendimento não for facilmente acessível e disponível, a atenção poderá ser postergada. Neste sentido o acesso viabiliza a entrada dos usuários, sendo esse o elemento estrutural e necessário para configuração da atenção básica como porta de entrada na rede de serviços, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e disponibilidade de recursos (CAMARGO-JUNIOR *et al.*, 2008; STARFIELD, 2002). O acesso está associado à oferta, sendo que o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores relativos tanto ao indivíduo como à qualidade do cuidado (TRAVASSOS e MARTINS, 2004).

A equação a ser resolvida é como viabilizar o acesso universal e manter a integralidade e equidade das ações oferecidas. Nesse sentido, a descentralização para as áreas periféricas dos municípios maiores parece uma opção acertada, mesmo que com uma menor escala de atendimentos. Por outro lado, faz-se necessário a busca por alternativas para municípios com baixa densidade populacional e grande extensão territorial, para os quais alternativas como a do transporte sanitário vem sendo implantadas com sucesso em outros estados (MENDES, 2010).

O planejamento dos serviços de saúde para uma população delimitada num território definido está mais presente nas unidades que adotam a estratégia da saúde da família, como pressupõe as diretrizes para sua implantação, embora esteja também presente em algumas UBS tradicionais do Grupo 2.

Em relação à oferta geral de ações programadas, são mais frequentes nas unidades com ESF, porém, apenas nas classificadas no Grupo 1. As UBS tradicionais e mesmo as com ESF classificadas nos grupos intermediários, obtiveram pontuações baixas nesse indicador. Apesar da existência de orientações

técnicas normativas editadas pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e mesmo das Municipais de Saúde em relação às ações planejadas, as unidades muitas vezes as secundarizam em detrimento do atendimento da demanda por meio de ações de pronto atendimento.

Quando observamos a composição proporcional entre consultas agendadas e de pronto atendimento, ocorre um maior equilíbrio entre as unidades com ESF. Entretanto, embora as UBS tradicionais realizem uma maior proporção de atendimentos não agendados, oferecem menos opções para o atendimento à demanda espontânea.

Quanto ao horário para agendamento das atividades programadas o conjunto das unidades tende a manter um único horário de chegada para os usuários no início de cada período. A agenda predominante no primeiro horário é uma antiga tradição dos serviços públicos ambulatoriais e é prática também presente nos serviços especializados, como aponta Melchior *et. al.*(2006) ao avaliar os ambulatórios de DST/Aids.

O planejamento da assistência prestada nas unidades de saúde da atenção básica utilizando dados epidemiológicos, assistenciais e de produção, visa organizar os serviços em consonância com os princípios da integralidade e da equidade, além de melhor atender às necessidades de saúde da população e otimizar os recursos humanos, e estão mais presentes nas unidades com ESF. O planejamento local deveria ser uma das atividades cotidianas da equipe de saúde das unidades, porém apesar do registro dos dados, principalmente da assistência e de produção, esses não são utilizados para a organização dos serviços. Existe, portanto, contradições entre os pressupostos do SUS e PNAB e as ações de planejamento local que se não sanadas podem legitimar as velhas idéias e valores perpetuando o modelo que se quer superar, como aponta Feuerwerker (2005)

O princípio de integralidade no sentido de articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, pressuposto nas diretrizes do SUS e conseqüentemente na PNAB, tende a ser melhor apenas nas unidades classificadas no Grupo 1. Tanto as unidades com ESF classificadas nos grupos intermediários, como as UBS tradicionais, obtiveram pontuações baixas em relação às ações educativas e de vigilância na comunidade e na unidade. Resultados semelhantes foram apontados por Bezerra *et.al* (2009) em relação às ações de vigilância nas unidades com ESF. Santos e Melo (2006)

evidenciaram que profissionais da equipe de atenção básica consideram as ações de vigilância como especializadas e secundárias no processo de trabalho das unidades locais. Essa postura se confirma em relação à avaliação dos resultados dos exames e convocação de faltosos, com baixo desempenho de um modo geral, embora as unidades com ESF sejam melhor avaliadas quando comparadas às UBS tradicionais.

Assim como as ações de vigilância, as atividades de educação em saúde não são práticas executadas em todos os serviços de atenção básica, sendo mais frequentes nas unidades melhor classificadas. Confirma esse achado o trabalho de Ferraz e Nemes (2009) quando afirma que a ocorrência de práticas educativas é esporádica, geralmente prescritiva de condutas, com pouco espaço para diálogos e discussão.

O baixo desempenho dos indicadores de gerência, carga horária do gerente, periodicidade das reuniões de equipe e relacionamento com o nível central, coloca em foco a importância e o papel da gerência local na efetivação do projeto assistencial do serviço, uma questão estratégica para a qualidade da atenção básica. O mesmo ocorre com a avaliação dos serviços, uma prerrogativa da gerência, que deveria ser prática do cotidiano de todas as unidades de saúde, porém ainda se mostra incipiente, estando presente apenas nas unidades classificadas no Grupo 1.

Quanto à atuação da equipe, a presença do agente é a principal diferença entre as unidades com ESF e a UBS tradicional. O ACS confere qualidade diferencial para as primeiras uma vez que é responsável por intermediar a relação entre o usuário e a unidade, contribuindo potencialmente para uma menor procura não programada dos serviços, justificada pela abordagem dos problemas ainda no domicílio (GOLDBAUM, NOVAES e CHESTER, 2005). Situação diferente foi observada em relação às ações executadas pelos auxiliares de enfermagem, esse indicador não difere quanto ao tipo de unidade, sendo melhor apenas nas unidades do Grupo 1. Chama atenção que não são frequentes as ações de educação em saúde, bem como as de prevenção de agravos, principalmente aquelas direcionadas para prevenção de câncer de colo de útero e mama.

Por outro lado, a baixa frequência de reuniões de equipe periódicas e em cujas pautas figure a discussão sobre conteúdos e dinâmica do trabalho, compromete a viabilização de um trabalho em equipe que se aproxime de um

modelo de cooperação nos moldes discutido por Peduzzi (1998). Os resultados apontam que apenas as unidades com ESF valorizam essa prática.

Apesar de ser uma das diretrizes do SUS, a participação popular não é estimulada e nem o controle social, tanto que o indicador relacionado com assuntos discutidos nas reuniões do conselho local obteve pontuações muito baixas em todas as unidades classificadas nos quatro grupos de qualidade, inclusive as do Grupo 1, assim como as formas de ouvir as reclamações dos usuários.

Apesar das ações de atenção à mulher serem das mais tradicionais na atenção básica, são melhor avaliadas quando se trata das relacionadas com o pré-natal, o mesmo não ocorrendo em relação às ações que envolvem a atenção a situações de violência e mesmo em relação à prevenção do câncer de colo de útero e de mama, para os quais os valores médios dos indicadores foram baixos. Esse desempenho reforça a leitura de que as mulheres são assistidas na atenção básica centralmente em relação ao ciclo gravídico puerperal, e mesmo assim dentro de certos limites, já que nas unidades classificadas nos grupos intermediários e ruim, a continuidade das ações de acompanhamento e, nesse sentido, a longitudinalidade do cuidado, desde o agendamento da primeira consulta a partir do diagnóstico, depende, em grande parte, da iniciativa da gestante. Além disso, ganha destaque que a oferta dos exames de rotina foi mal avaliada em todas as unidades, indicando a falta de seguimento do protocolo de atenção ao Pré Natal. Exceção feita à solicitação de sorologias para aids e sífilis, com indicadores bem pontuados em todas as unidades, independente do grupo de qualidade. Embora no conjunto os indicadores apontem um pré natal de melhor qualidade nas unidades com ESF, com relação ao agendamento no pós-parto imediato, as UBS tradicionais têm um melhor desempenho. Mais uma vez, agora por referência às gestantes, a oferta de ações educativas é valorizada apenas nas unidades do Grupo 1 de qualidade.

As ações de prevenção, tanto do câncer de colo de útero, como o de mama, são oferecidas, porém os critérios não seguem as recomendações, assim como a diversidade dos profissionais que as realizam, dificultando o acesso das mulheres priorizadas quanto ao risco, segundo os protocolos e consensos atualmente adotados (BRASIL, 2006c). A oferta limitada e ao mesmo tempo indiscriminada contribui para a redução da cobertura, deixando sem acesso os casos de maior risco, podendo assim, postergar o diagnóstico precoce tanto do câncer de colo de útero como o de mama. Essa constatação pode ser evidenciada pelos valores

médios dos indicadores, sendo que, a periodicidade na oferta do exame de Papanicolau, ainda é um pouco melhor nas UBS tradicionais.

Com relação às ações relacionadas à atenção à vida sexual e reprodutiva, todas as unidades apresentam baixas pontuações. A identificação, tratamento e acompanhamento das mulheres com DST, assim como a distribuição de preservativos, como ação de prevenção e controle, são mais valorizados, em relação à situação de violência, porém apenas nas unidades com classificação melhor. Em relação aos métodos contraceptivos a oferta é maior nas UBS tradicionais. Resultados semelhantes são apontados por Nagahama (2009) ao evidenciar que as práticas educativas em saúde sexual e reprodutiva, assim como, a oferta de grupos educativos de planejamento familiar são incipientes e ficam restritas a prescrição e distribuição de métodos contraceptivos. Esses indicadores reforçam, com já foi apontado, uma visão reduzida da mulher apenas ao ciclo gravídico, ficando a identificação de outras necessidades como a violência e a vulnerabilidade de adoecer e morrer em segundo plano nos serviços de atenção básica (D'OLIVEIRA e SENNA, 2000).

Mesmo sendo tradicionalmente de responsabilidade das unidades básicas de saúde, a atenção à criança concentra os melhores indicadores apenas nas unidades do Grupo 1, com destaque para as unidades com ESF. As ações de incentivo ao aleitamento materno não estão implantadas na atenção básica mesmo nas unidades com ESF ou UBS tradicionais conforme vem sendo apontado pela literatura (Bezerra *et al*, 2007). A atenção ao adolescente, talvez por envolver ações de incorporação mais recente nas práticas desenvolvidas na atenção básica, apresenta pontuações baixas em todas as unidades com discreta melhora nas classificadas no Grupo 1.

Em relação à atenção para a população adulta, quando se tratam de ações com incentivos (financeiros e/ou tecnológicos) como algumas das ações dirigidas aos pacientes com hipertensão e diabetes, a oferta é garantida. Isso se expressa no fornecimento de medicamentos e insumos (aparelho para dosagem de glicemia capilar, agulhas e seringas), apesar de ser melhor nas unidades que ficaram melhor classificadas. Quando se trata do atendimento ao adulto em situação de alcoolismo, as equipes mostram-se despreparadas. Em relação ao desenvolvimento de ações programadas dirigidas aos idosos as unidades deixam a desejar, com indicadores com baixas pontuações em todas as unidades.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as unidades de saúde na Atenção Básica devem possuir um nível aceitável de qualidade e para sua aferição mostrou-se produtivo o uso de um instrumento estruturado que valoriza indicadores de processo que procuram refletir a dinâmica e organização do trabalho, segundo os princípios éticos normativos do SUS e da PNAB. Os padrões utilizados, presentes nas normas e critérios que sustentam os indicadores, se adéquam a um determinado momento e devem ser atualizados e redefinidos na medida em que se conquistem novos patamares de qualidade, assim como novos conhecimentos sobre as melhores práticas para a atenção básica.

A avaliação da qualidade deve ter como princípio a oportunidade de mudança, e não ser um fim em si mesmo, além de apontar caminhos que possam implementar essas mudanças. O Quali AB é um instrumento que proporciona elementos para esse processo de contínua construção das ações realizadas na atenção básica, partindo do suposto que o mesmo passa necessariamente pelo envolvimento ativo das equipes locais e pela reflexão sobre os processos de trabalho, potencialmente estimulados por esse tipo de avaliação.

Essa potencialidade pode ser simultaneamente vista como uma limitação, ao se considerar os limites do recorte de um estudo transversal e ainda se questionarmos a veracidade das informações fornecidas pelos próprios profissionais dos serviços. Em relação a esses limites deve-se considerar em primeiro lugar, a lentidão das mudanças dos serviços, que dependem de processos de incorporação de valores e técnicas e da disponibilidade dos insumos necessários, o que prolonga a pertinência dos resultados. Em segundo lugar, em relação à veracidade das informações, pudemos evidenciar nos indicadores a variabilidade interna e a coerência das respostas, já confirmadas pela pesquisa maior realizada com os quatro DRS (CASTANHEIRA et al, 2007).

O QualiAB é um instrumento que aborda dimensões da qualidade muitas vezes negligenciadas e que pode ser utilizado para avaliação da atenção básica tanto pelas equipes locais quanto pelos gestores municipais e estaduais de saúde. Nesse sentido o QualiAB mostrou-se viável e com boa acurácia enquanto

instrumento de avaliação para gestão, já que possibilita tomadas de decisão que podem incrementar a qualidade dos serviços.

Para as equipes, essa avaliação permite a discussão da organização do trabalho, possibilitando a apropriação do processo de avaliação como momento de reflexão crítica sobre o trabalho e de identificação de necessidades de mudanças em sua organização, contribuindo para a melhoria de qualidade da oferta e viabilizando a obtenção de melhores resultados na atenção ao usuário.

Para o gestor municipal, proporciona conhecimento da organização de suas unidades, bem como possibilidade de alocar recursos e investir em estratégias para a melhoria da qualidade dos mesmos e conseqüentemente, assegurar o acesso universal das ações oferecidas à população.

Já para o gestor Estadual, permite identificar necessidades de apoio técnico e suporte financeiro aos municípios avaliados, além de possibilitar uma visão sobre as ações realizadas pela rede básica por regiões.

Em função da relativa lentidão dos processos de mudança, sugere-se que avaliações como essa sejam realizadas periodicamente, mas com um aprazamento mínimo de dois anos. Avaliar o processo permite identificar limites e potencialidades das unidades que realmente efetivam a PNAB e intervir, em tempo oportuno, para a melhoria da qualidade, sabendo-se que as mudanças no processo de trabalho produzem resultados e impactos a médio e longo prazos, e devem ser acompanhadas pelas equipes locais de saúde e pelos gestores por meio de outros instrumentos.

Em relação ao planejamento local faz-se necessário um maior investimento técnico e operacional. É viável a implementação de algumas medidas, tais como, a viabilização da coleta de exames nas próprias unidades; a oferta de alguns exames que podem ser realizados nas unidades, como o teste de gravidez na urina e o ECG; e diversificação de ações programáticas, para mulher, criança e adulto, incluindo a atenção aos adolescentes e idosos; ajustar os horários de agendamento, diminuindo o tempo de espera para a consulta; entre outras medidas de fácil implementação para a melhoria da qualidade.

Tanto o planejamento quanto a organização dos serviços devem estar em consonância com os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, para tanto se recomenda o levantamento e utilização dos dados de produção assistencial e demanda atendida, de modo articulado aos dados epidemiológicos do

município e da área de cobertura do serviço. A avaliação sistemática dos laudos dos exames assim que chegam na unidade, assim como o controle e definição de critérios para convocação de faltosos, são medidas simples e de grande alcance, enquanto ações de vigilância em saúde. Ainda como parte do processo de planejamento e programação da unidade sugere-se avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados pela equipe à medida que as ações forem implementadas.

Recomenda-se também a articulação das ações de promoção, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação por meio de ações educativas tanto na unidade como na comunidade, assim como atividades para os usuários na sala de espera.

A equipe local deve estimular a participação popular e o controle social seja na forma de ouvir os usuários como sugerindo temas que valorizem a integração da unidade com o conselho local de saúde no planejamento das ações. O trabalho da equipe deve ser realizado de forma interdisciplinar, principalmente nas UBS tradicionais, incentivando a equipe na realização de reuniões periódicas com pautas que valorizam a organização do processo de trabalho e a atualização técnica. Possibilitar a articulação de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, principalmente nas ações relacionadas à saúde bucal e valorizar os profissionais por meio de estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação.

Finalmente, em relação às ações de assistência programática, recomenda-se: garantir a realização de exames de rotina no pré-natal e atividades educativas para gestante; sensibilizar para o reconhecimento, diagnóstico e orientação nas situações de violência e dispensação de preservativos; aplicar os critérios de risco para prevenção do câncer ginecológico. Na saúde da criança: garantir a aplicação da vacina BCG, estimular a participação da equipe nas ações desenvolvidas nas instituições (creches e escolas) e promover ações dirigidas aos adolescentes. Na saúde do adulto implantar/implementar ações direcionadas ao adulto em situação de alcoolismo e para os idosos.

Para a gestão dos municípios e regiões, fica clara a grande heterogeneidade dos serviços de Atenção Básica, tanto em relação aos arranjos organizacionais como em relação aos contextos demográficos dos municípios. Esse cenário aponta a necessidade de políticas de qualidade para Atenção Básica que aumentem sua

especificidade diferenciando as necessidades de municípios pequenos, médios e grandes e contemplando o conjunto dos serviços existentes e não apenas aqueles já organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, C. M. et al. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research In: Organización Panamericana de la Salud. Public Health Technical Report. p.1-89. Washington, 1999
 2. ARAH, A.; WESTERT, G. P. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. **BMC Health Service Research**. 2005, v.5, n.76 disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/76> acesso em 29.04.2010
 3. BARNLEY, J. et al. Identifying performance indicator for family practice. **Can Fam Physician**, v.51, p. 700-707, may 2005.
 4. BATISTA, E. K. K.; MARCON, S. S.; SOUZA, R. K. T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cardiovasculares em Maringá Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. RJ, v. 24, n.1, p. 225-229, jan, 2008.
 5. BEZERRA, L.C. A., et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde . Publica**, Rio de Janeiro, v.25, n24, p. 827-839, abri, 2009.
 6. BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da Saúde. **Cienc. Saúde Coletiva** v.7, n. 3, 2002
 7. BOLDSTEIN, R. et al. Estudos de linha de base do projeto de extensão e consolidação do saúde da família (ELB-PROESF): contribuições metodológicas sobre seu acompanhamento. **Cien. Saúde Coletiva**, n.11, v. 3, p. 725-731, 2006.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203 de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica - NOB/SUS 01/96**. Diário Oficial de União, Brasília, DF, 1996.
-

-
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS-SUS 01/2001**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.
 10. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
 11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005a. 36 p.
 12. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade – Qualificação a estratégia saúde da Família**. Documento técnico - Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b.
 13. _____. Comissão Intergestores Tripartite do SUS: **Pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Série A, Manuais e Normas Técnicas. Brasília: MS; 2006a.
 14. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v.4, 2006b. ISBN 85-334-1186-3
 15. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2006c. ISBN 85-334-1188-X
 16. CAMARGO-JUNIOR, K. R. et. al. Avaliação da atenção básica pela ótica político institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 Sup 1, p. 558-568, Rio de Janeiro, 2008.
-

17. CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de programas de atenção pré-natal no município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo de coorte de primigestas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20 Sup 2, p. S220-S230, Rio de Janeiro 2004
18. CASTANHEIRA E.R.L., et. al. **Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro regionais de saúde do Estado de São Paulo.** Relatório Científico Final. Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde Processo nº 05/58652-7. Nov 2007
19. Chen, H.T. Theory-Driven Evaluations, Newbury Park, California, **Sage**, 1990
20. CHISTALIS, D. A. Continuity of care: processo or outcome? **Ann Farm. Med**, v. 1, p. 131-133 set-octo, 2003.
21. CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p. S7-S27, 2008
22. CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do programa saúde da família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento) p. 191-202, 2002
23. CONTANDRIOPOULUS, A. P. et al. **A avaliação da área da saúde: Conceitos e métodos.** In: HARTZ, Z. M. A. organizador. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-48, 1997
24. CORRAR, L.J.; PAULO, E. & DIAS FILHO, J.M. (coord.). **Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia.** São Paulo: Atlas, 2007. 541p.
-

-
25. DAB. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Ministério da Saúde. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.** Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatori o.php>
26. D'ÁVILA, A. L. V.; LIMA L. D; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002
27. D'OLIVEIRA, A. F. P. L., SENNA, D. M. **Saúde da Mulher.** In: SCHAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B., organizadores. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica.* 2ed. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate; 96, série didática; 3).
28. DONABIDIAN, A, The quality of care: How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*; Nov 1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journalspg. 1145.Reprinted whit permission from JAMA September 23/30, 1988 260 (12) 1743-1748 Copyght 1988, **American Medical Association.**
29. DONABIDIAN, A, . The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990
30. ELIAS. P.E., et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.11. n.3. p.577-606. 2006.
31. ELWYN, G. et. al. Assessing organizational development in primary medical care using a group based assessment: the Maturity Matrix™ . Qual. **Saf. Health Care**, 2004, v.13, p. 287-294.
32. ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação da satisfação de usuários considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública.** Rio de janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun, 2006
-

-
33. FACCHINI, L. A., et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 Sup . p. S159-S172, 2008
34. FELISBERTO, E.; SAMICO, I. Qualidade na atenção à saúde: uma experiência de avaliação da satisfação do usuário. **Rev. IMIP**, v. 13, n.2, p. 128-137, dez 1999.
35. FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada de doenças prevalentes no programa saúde da família, no estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, RJ, v. 18, n. 6, p. 1737-1745, Nov-dez, 2002.
36. FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 25 Sup 2, p. S240-S250, 2009.
37. FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.
38. FORMIGLI, V. L. A.; COSTA, M. C. ; PORTO, L. A. Avaliação de um serviço de atenção integral à saúde do adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 831-841, jul-set, 2000.
39. FUNDAÇÃO SEADE. Informações de municípios paulistas. População 2007. Disponível em: <www.seade.gov.br>
40. FURTADO, J. P. **Avaliação de programas e serviços**. In: CAMPOS, G. W. S. Organizador. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz. 1 ed. 2006 p. 715-739.
41. GIL, C. R. R Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1171-1181, jun, 2006
-

-
42. GOLDBAUM, R. J. G. NOVAES, M. H, N. CHESTER, L. G. C. Utilização de serviços de saúde em áreas coberta pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-9, 2005
43. GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 789-797, out/dez, 1999.
44. HAGGERTY, J. et al. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. **Annals of. Family Medicine**. v. 5, n. 4, p. 336-344, jul-aug 2007.
45. HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5ed, 1998. Artmed AS: Porto Alegre. Editora eletrônica: practice-Hall
46. HARTZ, Z. M. A.; et al. **Avaliação do programa materno infantil: análise da implantação em Sistemas Locais de Saúde**. In: HARTZ, Z. M. A. organizador. Avaliação em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.89-131. 1997
47. HARTZ, Z. M. A.; Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Cien. Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999
48. HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULUS, A. P. Integralidade da atenção e a integralização de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, v. 20 Sup 2, p. 5331-5336, 2004
49. HARHEIM, E. et al. A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, ago 2006.
50. HERMIDA, J.; NICHOLAS, D. D.; BLUMENFELD, S. N. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary care. **International journal for quality in health care**, 1999, v. 11, n. 5, p. 429-433.
-

51. **IBGE**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos e Estimativas, 2009. Disponível em www.ibge.gov.br.
52. IBANEZ, N., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 683-703, 2006.
53. KOVACS, M. H.; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, A. A. C. A. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. **J. Pediatr.** RJ. v. 81, p. 251-8, 2005
54. KLOESTZEL, et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.623-628, jul-set1998.
55. MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int J Health Plann Mgmt** v. 19 p. 303–317. 2004. URL: <http://www.interscience.wiley.com>
56. MELCHIOR, R et. al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública** v. 40, n. 1, p. 143-51, 2006
57. MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Cienc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V.15, n.5, aug, 2010.
58. MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
59. MINAYO, M. C. S. et al. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTACoas da Região Nordeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 355-367, abr-jun 1999.
60. NAGAHAMA, E. E. I. Avaliação da implantação de serviços de saúde reprodutiva no município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 Sup, p. S279-S290, 2009
-

-
61. NEMES, M. I. B. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil, **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**, Rio de Janeiro, 2001.
62. NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S310-S312, 2004.
63. NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso de cirurgia coronariana no Brasil. Instituto de Medicina Social, UERJ e Fundação Oswaldo Cruz. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov-dez, 2003
64. NOVAES H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.
65. NOVAES, H. M. D.; Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 sup 2, p. S147-S173, 2004
66. OLIVEIRA, S. S.; ARAUJO, T. M. Avaliação das ações de controle da leishmaniose visceral (calazar) em uma área endêmica do Estado da Bahia, Brasil (1995-2000) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1681-1690, nov-dez, 2003.
67. PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z & ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**, 5ª edição, MEDSI, Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487
68. PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a Interface entre Trabalho e Interação**. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 1998
69. PUCCINI, P. T.; CORNETTA, V. K. Ocorrência em pronto-socorro: evento sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, p. 2032-2042, set, 2008.
-

-
70. RIFKIN, W. D, et. AL. Comparison of processes and outcomes of pneumonia care between hospitalists and community-based primary care physicians. **Mayo Clin Proc.** Octo, v. 77, p.1053-1058, 2002
71. SALA, A.; NEMES-FILHO, A.; ELUF-NETO, F. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p.161-7, 1996.
72. SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 741-751, out-dez 1998.
73. SALISBURY, C., et. al. How should continuity of care in primary health care be assessed? **Br. J. Gen Pract**, 2009; DOI: 103399/bjgp 09x420257/abridged text, in print: Br. J. gen. Pract, 2009; 59: 276-282.
74. SAMICO, I. et al. Atenção a 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. Brás. Saúde Mater. Infanti.** [online]. 2005, v. 5, n. 2, p. 229-240. ISSN 15193829
75. SANTOS, S.S.B.S.; MELLO C.M.M. Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, p.1923-32, 2006.
76. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES, SP, Matriz de indicadores, 2009. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br>>
77. SERAPIONE, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v 23, p. 81-92, set/dez 1999.
78. SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n 7, 2004.
-

-
79. SILVA, N. E. K et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/AIDS. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4 Supl. p. 108-116, 2004.
80. SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Cienc e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999
81. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, Nov 2007.
82. SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; FRANCO, L. G. *Avaliação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito* **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 16, n. 1, p. 19 – 31, 2007
83. STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4
84. StataCorp, 1999. Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, TX: Stata Corporation
85. TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Cien Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002
86. TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 Sup 2, p. S190-S198, 2004
87. TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Cienc e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007
-

88. UCHIMIRA, K. Y.; BOSI, M. L. M. **A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde resgatando a subjetividade**. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.
89. VATISMAN, J; ANDRADE, G. R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cien Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005
90. VIDAL, S. A. et al. Avaliação da aplicação da estratégia da atenção Integrada às doenças prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. **Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, abr / jun, 2003
91. VIEIRA-DA-SILVA. L.M. et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, fev 2007.
92. VUORI, H., 1991. A qualidade da saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, 3:17-24.
93. WALKER, O. et al. A quality study of primary care clinicians versus of treating childhood obesity. **BMC family Practice**, 2007 v.8 n. 50 disponível em: www.biomedcentral.com/1471-2296/8/50 acesso em 21.04.2010.
94. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2000**. Genova, 2000.
95. WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepção e práticas**. São Paulo: Gente, 2004. 730p.
96. ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **RAS**. v. 2, n 8, jul/set 2000.
-

ANEXO – A: INSTRUMENTO QualiAB, 2007

AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DE QUATRO REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Programa Pesquisa para o SUS:

Ministério da Saúde (MS)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP)

Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SESESP)

Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP)

Departamento Regional de Saúde (DRS VI, DRS XII e DRS XVI)

Este questionário deve ser devolvido no prazo máximo de 15 dias, em envelope fechado, lacrado e endereçado ao Secretário (a) de Saúde do seu município.

Instruções para preenchimento do questionário

O questionário está dividido em 5 partes e as questões foram agrupadas dentro dessas por tipo de informação. Elas contemplam a descrição do funcionamento da atenção básica nas unidades de saúde sob vários aspectos: estrutura física, recursos humanos e materiais, procedimentos, perfil de atividades, organização da atenção à saúde e gerência.

Para melhor preenchimento do questionário solicitamos a atenção para os seguintes aspectos:

- ❖ O consentimento pós-esclarecido deve ser assinado pelo responsável pelo preenchimento do questionário e uma de suas vias deve acompanhar a devolução.
 - ❖ O questionário possui questões que permitem mais de uma resposta e outras onde apenas uma das alternativas deve ser escolhida. É essencial que isso seja observado. Nesse sentido, foi colocada uma orientação em destaque, sinalizando como deve ser a resposta.
 - ❖ É de suma importância que todas as questões sejam respondidas.
 - ❖ No caso de dúvidas, a equipe de pesquisadores pode ser contatada pelos telefones (14) 38116388 / 3811-6200 / 3811-6352 ou (14) 3882-3309, ou ainda pelos e-mails: atencaobasica@fmb.unesp.br
-

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

1) Atualmente, essa Unidade Básica de Saúde pode ser caracterizada como:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde tradicional
- 3) Unidade Básica de Saúde tradicional com equipe de saúde da família
- 4) Unidade Básica de Saúde com programa de agentes comunitários em saúde (PACS ou PAS)
- 5) Unidade de Básica de Saúde com especialidades
- 6) Unidade Mista (atenção básica e urgências)
- 7) Outro. Qual?

2) Localização da Unidade: -

Assinale apenas uma alternativa

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

3) A área de abrangência é geograficamente delimitada:

Assinale apenas uma alternativa

- (1) por meio de planejamento.
- (2) na prática, pela facilidade de acesso dos moradores dos bairros próximos.
- (3) Não é delimitada.

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) A sala de espera tem espaço físico adequado
- 2) O número de cadeiras é adequado à demanda
- 3) A ventilação é adequada
- 4) Possui bebedouro
- 5) Tem banheiros adequados
- 6) Possui quadro para informações
- 7) Possui televisão
- 8) Possui sistema de senhas na sala de espera
- 9) Possui microcomputadores
- 10) Possui acesso a Internet
- 11) Pintura em bom estado de conservação
- 12) Salas em número adequado para as atividades realizadas

5) A equipe de profissionais da Unidade é composta por (número de profissionais pertencentes à equipe local):

- 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 cirurgião 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) Além da equipe local, a Unidade conta com o apoio adicional dos seguintes profissionais:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Médico clínico geral
- 2) Médico pediatra
- 3) Médico ginecologista
- 4) Médico psiquiatra
- 5) Médicos de outras especialidades
- 6) Enfermeiro
- 7) Dentista
- 8) Psicólogo
- 9) Terapeuta Ocupacional
- 10) Assistente Social
- 11) Nutricionista
- 12) Fonoaudiólogo
- 13) Fisioterapeuta
- 14) Farmacêutico
- 15) Outros

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) Biópsias
 - 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) Pequenas cirurgias
 - 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
- 6) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 7) dT (dupla adulto)
- 8) Rotavírus Humano
- 9) Febre Amarela
- 10) Anti-rábica
- 11) Outras
- 12) Não realiza vacinação

9) Exames feitos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Eletrocardiograma (ECG)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Concentração de açúcar na urina (glicofita)
- 4) Teste de gravidez (Pregnosticon)
- 5) PPD (Tuberculose)
- 6) Teste de Mitsuda (hanseníase)
- 7) Outros
- 8) 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) Biopsias (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 10 anos ou mais)
 - 9) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
-

10) Notificação do acidentado à vigilância epidemiológica

11) Não ocorrem acidentes dessa tipo na Unidade

12) Os programas (ou conjunto de ações planejadas para um mesmo grupo alvo) que a Unidade desenvolve são: **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) Quantas pessoas em média são, atendidas por dia nesta Unidade? (considerando todos os atendimentos para todas as faixas etárias):

Número de pessoas atendidas por dia: = _____

14) Os dados produzidos na Unidade são utilizados para alimentar os seguintes sistemas de informação: **Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- 2) Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS)
- 3) Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL)
- 4) Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA)
- 5) Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA)
- 6) Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN)
- 7) Sistema de informação em saúde específico do município
- 8) Outros
- 9) Essa Unidade não alimenta nenhum sistema de informação

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 uma ou mais alternativas

- (1) Utilizados para o planejamento das atividades
- (2) Estão disponíveis, mas não são utilizados
- (3) Não são de conhecimento da unidade

17) Os dados epidemiológicos da região:

Assinale uma ou mais alternativas

- (1) Utilizados para o planejamento das atividades
- (2) Estão disponíveis, mas não são utilizados
- (3) Não são de 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

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
- 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 **na 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
- 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
- 5) Realiza atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária
- 6) Outras
- 7) Não realiza nenhuma atividade

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 no mesmo dia, com supervisão de médico 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) Não atende pacientes não agendados (demanda espontânea)

23) Esta Unidade trabalha com agendamento para:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todas as atividades oferecidas
- 2) Somente para algumas atividades
- 3) Para todas as consultas médicas
- 4) 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 uma ou mais alternativas

- 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

27) Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- 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) A finalidade da pré-consulta (ou preparo) é:

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) A finalidade da pós-consulta (atendimento de enfermagem após o atendimento médico) é:

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)

PROFISSIONAIS	Tempo de Consulta (Tempo em minutos)			
	<15	15	30	> 30
1. Médico de família				
2. Clínico				
3. Pediatra				
4. Gin/Obstetra				
5. Outras especialidades				

32) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde da Mulher?

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Sim
- 2) Sim, somente algumas atividades
- 3) Não

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
- 5) Não atende Saúde da Mulher

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 feita: **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) Por todos os médicos da Unidade, durante o exame físico
- 4) Quando há queixas da paciente
- 5) Não é realizado na Unidade
- 6) 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) Esse exame não é solicitado
 - 8) 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) Hb, Ht
- 3) Urina I
- 4) VDRL
- 5) FTA-Abs
- 6) Tipagem sanguínea
- 7) Sorologia para HIV
- 8) Sorologia para rubéola
- 9) Sorologia para toxoplasmose
- 10) Sorologia para hepatite B
- 11) Glicemia
- 12) Curva glicêmica
- 13) Ferro sérico
- 14) Uréia
- 15) Creatinina
- 16) TGO, TGP
- 17) Ultra-Som obstétrico
- 18) Outros
- 19) Não são solicitados exames nesta Unidade
- 20) Não atendemos 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) Não solicita estas sorologias
- 6) Não atendemos 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 realizamos 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 realizamos atividades educativas regularmente
- 7) Não atendemos 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) Se a gestante quiser, por demanda espontânea
- 5) Não é realizada
- 6) 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) Não é pré-agendada
- 5) Não é realizada
- 6) Não atendemos pré-natal

46) Entre as gestantes que realizam pré-natal nessa Unidade, nos últimos três anos, houve caso de sífilis congênita? **Assinale apenas uma alternativa**

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

47) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde da Criança?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Sim, somente em algumas atividades
- 3) Não

48) O primeiro atendimento de um recém-nascido (RN) 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 é realizada 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 crianças
- 51) As atividades regularmente programadas para atenção às crianças abordam as seguintes condições:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Aleitamento
- 2) Desnutrição
- 3) Obesidade
- 4) Infecções respiratórias na infância (IRA)
- 5) Saúde do escolar
- 6) Violência doméstica
- 7) Orientações para inscrição em programas sociais (Viva Leite, Bolsa Família, etc)
- 8) Outros
- 9) Não existem ações especialmente programadas para as crianças

52) A Unidade participa regularmente, em instituições para crianças (creches e escolas), 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

54) Esta Unidade desenvolve ações planejadas de Saúde do Adulto?

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Sim, somente algumas atividades
- 3) Não

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) 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) Aids
- 15) Aconselhamento de DST e aids
- 16) Outros
- 17) Não existem programas específicos, o atendimento ocorre de acordo com a procura
- 18) Não atendemos adultos

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Faz o atendimento de rotina sem cuidados específicos
- 2) Faz orientação detalhada de dieta
- 3) Faz treinamento dos pacientes diabéticos para auto aplicação de insulina

- 4) Solicitada, anualmente, exames clínico-laboratoriais (glicemia, colesterol total e frações, triglicérides, urina I e creatinina)
- 5) Realiza ou encaminha para exames anual de fundo de olho
- 6) Realiza ou encaminha para eletrocardiograma anual
- 7) Faz orientação 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) Não existem atividades específicas para idosos
- 9) 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 tem capacidade 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
- 6) Não atendemos adultos

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 mulheres
- 2) Se for mulher, investiga e trata, se for homem encaminha
- 3) Investiga e trata após confirmação do diagnóstico
- 4) Faz tratamento sindrômico
- 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 camisinha) igual para todos os pacientes
- 3) É feitas 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) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Diafragma
- 7) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

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 equipes 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

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) Triagem de intercorrências
- 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) Outros
- 13) Esse serviço não dispõe desse profissional

71) Na consulta de enfermagem, o atendimento individual realizado:

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) Outros
- 14) Esse serviço não dispõe desse profissional

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

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) Outros
-

ANEXO – B: ANÁLISE FATORIAL

Análise Fatorial, média e grupos de qualidade em que as unidades foram classificadas

Unidade	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Média	Cluster
1	-2,48885	-1,46524	0,521796	-0,2124	1,48	2
2	-1,13302	-0,19816	0,032031	-0,83372	1,37	3
3	-0,99125	-1,7771	0,858309	1,476716	1,35	1
4	5,942694	-1,30884	4,139294	2,25346	0,81	4
5	-1,57543	0,96918	0,231624	1,221464	1,44	2
6	-5,08424	-0,01042	1,08367	0,477589	1,73	2
7	-2,48309	0,635302	-0,82734	0,191439	1,45	2
8	-2,12401	0,257289	-1,22005	0,796616	1,47	2
9	-3,08262	0,871677	-1,65397	1,977927	1,56	2
10	-4,39144	1,410447	2,596401	0,718883	1,69	2
11	-2,50592	1,50524	-1,32055	0,657353	1,48	2
12	0,193331	-1,3507	1,897486	-1,44712	1,31	1
13	0,250895	4,400052	-0,41593	-1,68561	1,25	3
14	-1,7843	2,577199	1,086515	-2,12221	1,44	2
15	2,326553	2,051355	0,536586	-1,16915	1,10	3
16	-2,68415	2,88013	-0,62177	-1,17763	1,51	2
17	-3,28519	1,011415	-0,47548	-1,06174	1,55	2
18	1,305071	0,202796	1,538902	-1,48358	1,15	1
19	1,167552	0,463836	2,314701	-1,34062	1,16	1
20	-0,19743	0,848559	0,75158	-0,30159	1,35	2
21	7,238442	4,663199	1,979556	-2,20611	0,69	4
22	6,747717	4,75654	1,734008	-2,37205	0,74	4
23	7,035494	4,789651	1,997493	-1,46634	0,73	4

24	0,142205	-1,40555	1,112005	-2,32112	1,27	1
25	2,018086	2,609553	-0,942	-1,98366	1,08	3
26	2,052501	2,662374	-0,65113	-1,94867	1,05	3
27	1,478154	2,188456	-1,64307	-1,81814	1,10	3
28	-4,78607	1,257838	0,703656	0,475953	1,68	2
29	-4,92691	1,244866	0,601339	0,465437	1,69	2
30	2,243745	-1,4607	2,936327	-0,47744	1,08	1
31	0,336198	-0,32723	-1,92664	0,218572	1,35	3
32	0,982728	0,421302	-3,34072	1,203893	1,21	3
33	-2,39597	0,505463	-0,57738	-0,92571	1,48	2
34	1,639478	0,70214	3,87667	-1,20991	1,15	1
35	2,234071	0,955882	3,460079	-1,80303	1,10	1
36	-1,51315	-1,12496	2,103085	-2,26075	1,37	1
37	0,125865	-1,51969	-1,33422	0,175801	1,29	1
38	-1,66613	0,867598	-1,54495	-0,34377	1,42	3
39	-4,47991	0,942499	0,975849	-0,17385	1,71	2
40	-2,12339	2,205119	-1,30357	-1,44215	1,47	2
41	-2,21766	1,09077	0,922903	1,112806	1,53	2
42	6,88792	0,704647	2,797561	-1,02883	0,79	4
43	0,180053	3,144028	-0,69402	-1,55402	1,21	3
44	1,451902	1,129862	-2,58896	-0,79597	1,11	3
45	-1,79877	2,434625	-0,14535	-1,89345	1,46	2
46	-3,47761	2,403288	-0,63209	-1,20727	1,56	2
47	0,222307	0,90771	-0,72803	-0,58413	1,21	3
48	-4,49272	0,843855	0,697772	-1,69462	1,66	2
49	2,856533	-2,37734	1,912466	0,955489	1,11	1
50	4,709023	2,223608	4,679677	2,205656	0,90	4

51	6,039283	1,580214	4,539366	2,992515	0,84	4
52	8,727491	3,994919	2,976612	5,477144	0,61	4
53	2,601362	-2,76237	-0,12952	-2,28808	1,05	1
54	-0,50471	-0,73801	0,694616	-0,00781	1,34	1
55	-1,62361	2,595313	-0,02488	0,658258	1,53	2
56	-1,6302	2,959056	0,001635	-2,10212	1,42	2
57	-2,39977	2,112567	-0,17829	-0,13395	1,50	2
58	-2,25155	2,671732	0,707402	-1,32576	1,47	2
59	-0,50514	4,148846	-0,77658	-0,55872	1,29	3
60	-0,8949	-0,98843	1,672614	-0,8916	1,31	1
61	-4,28373	1,264769	0,752251	0,013446	1,67	2
62	6,529695	2,8739	1,664032	3,65087	0,77	4
63	0,563426	3,193881	-1,73667	0,947466	1,24	3
64	2,791797	4,358066	-2,61517	1,416665	1,05	3
65	2,608632	4,426829	-2,41696	1,822983	1,06	3
66	1,037119	-0,22645	-2,98142	0,337826	1,19	3
67	-0,80058	2,861303	2,581177	-0,06929	1,42	2
68	0,562709	-1,58714	-1,51197	0,363848	1,24	1
69	1,669763	-0,06904	-1,57538	-1,61463	1,17	3
70	0,695188	3,172702	-1,15066	0,956411	1,19	3
71	-3,68854	0,371741	0,306901	0,043023	1,61	2
72	6,750109	1,100303	1,80132	4,662094	0,77	4
73	3,621855	-0,64901	-1,88008	-0,33107	0,94	4
74	1,791165	2,285704	2,734214	1,563235	1,21	3
75	-3,74847	1,52382	0,030456	0,031692	1,56	2
76	0,482105	-4,74095	-2,21394	-0,06309	1,27	1
77	0,362599	-3,29976	-2,01792	1,542845	1,27	1

78	0,703002	-3,61817	0,283807	-1,6713	1,27	1
79	-1,72826	-3,56082	-0,25024	-0,01073	1,45	1
80	0,453375	-3,46886	1,898564	0,265532	1,27	1
81	-2,79141	0,906319	-1,07319	0,307646	1,48	2
82	-1,07059	-0,12789	-0,24222	-1,27634	1,40	2
83	-0,26733	-0,71161	-1,28834	-1,20944	1,32	3
84	10,42025	4,048879	1,733108	5,67782	0,45	4
85	0,099938	-1,16418	-1,40046	0,894625	1,24	3
86	5,880235	1,01729	1,365302	3,476511	0,77	4
87	-3,96678	-1,55931	1,398313	-1,07403	1,61	2
88	-1,07493	0,17741	-2,38464	0,024222	1,37	3
89	1,245434	0,796607	-2,27321	1,24499	1,23	3
90	-2,50373	0,558032	-2,39485	0,560341	1,48	2
91	-2,28387	-0,10298	-0,57461	0,172115	1,47	2
92	1,487671	1,456243	-2,15186	1,004374	1,21	3
93	-4,48197	0,231329	-0,1704	-0,52283	1,71	2
94	-4,9186	-0,50985	0,597069	-0,99041	1,76	2
95	-4,77234	0,738911	1,80718	1,186047	1,71	2
96	-3,41267	1,670172	-1,41242	-0,90435	1,55	2
97	-2,27806	1,519385	-2,39042	0,140083	1,47	2
98	-2,54817	1,689521	-1,57028	1,35501	1,52	2
99	-1,43693	0,748696	-2,17195	-0,52385	1,40	3
100	-0,29379	0,174803	-3,49483	0,432133	1,32	3
101	-4,41016	1,832433	-0,64747	0,341677	1,68	2
102	-3,62162	1,240523	-0,72719	0,464685	1,61	2
103	-0,75647	0,453227	-1,72675	-1,1426	1,35	3
104	-5,64041	0,342779	0,419637	0,79519	1,79	2

105	-4,84606	1,560878	0,325947	-0,34617	1,71	2
106	-5,94078	0,053939	1,439255	0,85411	1,84	2
107	-3,1738	0,199497	-0,20188	0,076194	1,56	2
108	-1,39434	-0,1705	-1,36166	0,49519	1,42	3
109	-4,26788	0,153697	0,068361	0,115368	1,68	2
110	4,299691	2,044842	-2,48605	-1,97121	0,87	3
111	4,652771	-0,93393	-1,23977	-0,84609	0,94	4
112	-1,59244	0,978742	-2,45607	0,636404	1,39	3
113	2,493856	-0,47876	-4,10354	0,190167	1,08	3
114	0,745127	1,445929	-3,3668	-0,65466	1,23	3
115	-0,37912	-1,59527	-1,36299	0,194537	1,31	1
116	-0,66705	-0,02502	-1,55111	-0,05119	1,31	3
117	-0,11534	1,289313	-1,56729	0,237993	1,29	3
118	4,984693	-3,08347	-0,85723	0,279025	0,85	4
119	2,974272	-1,5785	-0,71184	-2,58349	1,09	4
120	5,290254	-2,72735	-1,18058	-0,94921	1,02	4
121	4,268624	-1,98652	-1,34259	-2,67164	1,06	4
122	-0,3692	-0,7377	-1,71486	1,900897	1,29	1
123	1,627655	-2,34615	-2,24411	0,219093	1,11	1
124	1,117426	-1,81021	-0,35936	2,760788	1,23	1
125	0,898901	-0,72306	-2,53241	0,742589	1,18	3
126	1,517463	-1,78106	-2,51385	0,261207	1,18	3
127	0,395764	-1,55794	-1,85865	0,468481	1,29	1
128	1,800909	-1,2902	-2,42335	-0,38602	1,13	3
129	3,155641	0,347525	-2,1023	-0,48579	1,07	3
130	2,222603	-0,83223	-1,25751	0,318986	1,13	3
131	4,79848	-1,95145	-1,44622	-0,13354	0,87	4

132	-1,30484	-2,19751	3,398296	-3,22209	1,39	1
133	2,917725	-2,76211	0,909982	-0,1598	1,06	1
134	2,094511	0,041271	-0,0436	-1,6741	1,08	3
135	2,270429	0,737289	-2,06226	-1,75951	1,10	3
136	5,263193	-1,30366	-1,14614	-1,17527	0,82	4
137	-2,52013	0,894813	1,429204	-1,2912	1,55	2
138	-1,47102	2,357249	-2,30826	0,512818	1,45	3
139	4,202572	0,197068	-0,13155	-1,36934	0,90	4
140	-0,98769	1,010596	0,6126	-1,46436	1,38	2
141	5,163585	-1,04675	0,714297	-1,18734	0,87	4
142	3,304808	0,063158	-1,29123	-0,11825	1,02	3
143	8,317061	-1,40915	0,755715	-1,92193	0,58	4
144	-1,09627	0,021509	-1,9766	0,374621	1,45	3
145	4,717679	-1,07249	-0,64749	-1,7265	0,85	4
146	-3,42858	1,691082	0,464116	1,172298	1,60	2
147	-3,31119	2,572953	0,392618	1,478383	1,58	2
148	-3,03058	-0,75377	0,864811	1,306107	1,52	2
149	3,217124	1,337916	-1,8504	-0,31583	0,97	3
150	3,214374	1,446747	-1,26424	-0,40101	0,95	3
151	-0,15635	0,54019	-1,04785	0,427654	1,31	3
152	4,403616	-0,965	1,29449	-2,23103	0,90	4
153	-5,86718	0,335739	0,646105	0,579661	1,82	2
154	0,483363	2,053289	-2,01668	0,096415	1,24	3
155	-2,6455	2,208133	0,226136	-1,32515	1,48	2
156	-0,2774	-0,85412	0,97616	0,610071	1,26	1
157	-0,98905	-1,51588	0,668482	-3,04683	1,37	1
158	-2,96185	1,275103	0,467388	-2,26458	1,52	2

159	-0,70782	0,94498	1,850952	-1,26365	1,35	2
160	-2,18057	-0,2514	1,193917	0,361841	1,50	2
161	-5,32977	0,939637	0,864102	-0,35554	1,76	2
162	-4,94092	1,420024	0,38134	-0,69991	1,71	2
163	-3,97325	1,279359	-0,57781	-0,10172	1,66	2
164	-5,10996	1,338527	0,410492	-0,65841	1,73	2
165	-4,48303	-0,30384	0,87925	1,010837	1,68	2
166	-3,14559	-1,14735	1,564847	1,267779	1,60	2
167	-4,8796	0,076145	0,988603	1,907214	1,69	2
168	-3,76571	1,672033	0,227788	0,341851	1,56	2
169	-1,68758	-2,41115	-0,20527	0,27743	1,39	1
170	1,794214	-1,16002	0,457571	0,17333	1,16	1
171	0,689601	-2,12895	-0,28311	-0,01911	1,18	1
172	1,107983	0,621798	-2,49842	1,178265	1,21	3
173	-1,33027	-0,7743	-0,41307	0,322311	1,37	1
174	3,053298	-0,40776	-1,72523	1,282522	1,02	3
175	2,618449	-2,0315	0,66579	0,693982	1,05	1
176	3,528339	-0,98252	-2,1925	-0,63976	0,95	4
177	3,118792	-2,23342	-0,56399	1,948845	1,08	1
178	6,914783	-1,0801	0,119708	-1,16927	0,74	4
179	-5,39109	0,982695	1,367726	0,225731	1,76	2
180	-3,50253	2,072826	1,219893	-1,6209	1,61	2
181	-4,65522	2,050065	2,266773	0,418218	1,73	2
182	-4,73853	1,109748	1,933171	-0,23698	1,73	2
183	-4,68327	1,512059	2,293272	0,041289	1,73	2
184	-4,87648	0,444212	2,504395	0,607738	1,74	2
185	-4,70375	0,696492	2,720467	0,932872	1,73	2

186	7,491814	-1,50064	-0,17152	-2,51512	0,61	4
187	1,273285	-0,46697	2,062788	-0,21485	1,16	1
188	5,828722	-1,08535	3,24442	-3,75902	0,79	4
189	5,234481	-1,12996	1,426117	-3,77566	0,85	4
190	7,396914	-0,24803	1,870742	-3,43039	0,71	4
191	8,648945	0,422333	1,497501	2,275621	0,61	4
192	-1,72318	-0,83696	0,946263	1,267393	1,52	2
193	3,164004	-2,25732	-1,79709	0,741208	1,00	4
194	-1,97914	0,589631	-0,73381	-0,33785	1,44	2
195	3,019924	-2,9633	-1,59142	-0,84021	1,00	1
196	2,062556	-1,13204	-0,52284	1,004539	1,15	1
197	-0,94017	-2,69174	-0,0154	1,358211	1,44	1
198	-0,22618	1,001592	-1,83301	0,46566	1,37	3
199	-2,09697	-0,91888	-1,81698	0,919137	1,50	2
200	9,144445	1,376274	2,461968	2,805463	0,53	4
201	8,348437	0,463947	1,123444	1,407815	0,58	4
202	0,460048	-0,49896	0,777241	0,124213	1,27	1
203	0,289975	-2,06312	0,280952	-0,77139	1,24	1
204	-1,23639	-2,60746	1,128324	0,535919	1,42	1
205	-1,21288	-2,08254	1,282378	0,878911	1,40	1
206	2,517645	-2,29336	0,475839	0,583572	1,08	1
207	-3,01345	-0,55567	-1,81477	0,038762	1,61	2
208	-0,79639	-2,00198	-0,27241	1,099487	1,34	1
209	-1,96394	-1,44024	1,354596	3,03963	1,52	1
210	-0,40594	-2,13607	-0,03357	1,365655	1,34	1
211	-3,07895	-2,47374	1,31088	0,245855	1,55	1
212	-3,5598	-2,44796	0,735827	0,804173	1,60	1

213	-3,86283	-0,82288	1,462936	1,570516	1,61	2
214	-2,02026	-1,89108	-0,38426	1,391017	1,45	1
215	-5,38822	-1,67517	1,742893	1,194169	1,77	2
216	-1,05814	-2,43311	-0,46162	1,238099	1,38	1
217	1,483003	-2,20026	2,374849	-1,19167	1,21	1
218	-3,02263	-1,37922	1,527889	-0,02997	1,53	1
219	-0,34307	-2,13927	0,890555	1,145714	1,32	1
220	-3,48058	-1,73488	1,197372	0,861852	1,58	2
221	0,383663	-3,24559	0,870955	1,701349	1,27	1
222	-1,34975	-2,1912	0,720249	0,77616	1,40	1
223	-5,59534	-0,68104	0,649854	0,690275	1,82	2
224	-4,20304	-0,27332	0,959443	-0,12143	1,65	2
225	-2,92142	-0,0748	1,93657	1,641188	1,58	2
226	1,466258	-0,92192	2,153412	-3,78185	1,11	1
227	1,097259	0,098202	-2,26571	-2,09615	1,18	3
228	-2,60115	0,320537	0,481965	0,605622	1,52	2
229	-1,0782	-2,00413	0,11486	0,836952	1,39	1
230	-0,31912	1,521948	0,398713	-2,18163	1,29	3
231	2,233958	-0,53949	-1,97761	0,70229	1,08	3
232	-2,41782	-1,55369	-1,67427	1,199836	1,52	1
233	1,564767	2,008497	-1,13359	0,860718	1,11	3
234	-1,09497	-1,24131	-1,3246	2,092221	1,42	1
235	-2,46381	-1,37698	-1,34618	1,995776	1,53	1
236	2,264437	0,241681	-0,33744	-1,27683	1,05	3
237	3,072858	1,619535	-0,27112	0,27951	1,05	3
238	-3,31738	-0,9949	-0,96784	-0,02371	1,56	2
239	1,501785	1,639438	-1,69233	1,559371	1,15	3

240	0,637114	0,224495	-2,36219	-0,13114	1,23	3
241	0,789971	1,285184	-0,99241	-0,26157	1,23	3
242	6,148511	0,686568	-0,48441	1,677542	0,76	4
243	0,146889	-1,83117	-0,9977	0,330205	1,31	1
244	3,695271	0,431455	0,404341	0,183503	0,98	4
245	2,306038	1,098076	0,728062	-1,21428	1,02	3
246	4,117805	0,712272	-0,05164	-1,01955	0,94	4
247	-2,67189	2,236372	1,689813	-1,38029	1,53	2
248	-0,7583	-2,00519	1,166256	-0,3259	1,32	1
249	-0,97221	-2,70742	0,95878	-0,60814	1,37	1
250	0,203276	-3,08681	0,03806	0,428254	1,29	1
251	-1,8005	-3,12866	0,001211	-0,35964	1,47	1
252	-1,44898	-2,95747	-0,43752	-0,74222	1,40	1
253	1,377893	-2,47053	1,122994	-0,12956	1,19	1
254	-1,09826	-3,01347	0,094657	-0,53184	1,39	1
255	5,90487	-1,4059	0,865863	0,8047	0,81	4
256	-1,44589	-1,46309	0,602745	0,128334	1,44	1
257	-1,23825	-0,12456	0,515407	-2,09397	1,39	2
258	-1,19303	-3,40019	1,266801	0,120093	1,37	1
259	2,824292	-0,444	-0,59837	1,85571	1,10	4
260	-4,40254	-1,79756	2,831128	0,30842	1,69	2
261	2,597184	-0,73125	-0,66421	2,04786	1,11	4
262	-2,27249	-0,44807	0,300714	0,804661	1,53	2
