

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

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO MUNICÍPIO DE BAURU: DESAFIOS PARA UM
PROCESSO DE MUDANÇA

ROSELI d'AVILA VASCONCELOS

Botucatu

2011

ROSELI d'AVILA VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
NO MUNICÍPIO DE BAURU: DESAFIOS PARA UM
PROCESSO DE MUDANÇA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Vasconcelos, Roseli d'Avila.

Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru :
Desafios para um processo de mudança / Roseli d'Avila Vasconcelos. -
Botucatu, 2011

Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu,
Universidade Estadual Paulista, 2011

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Capes: 40602001

1. Saúde pública. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Bauru(SP).

Palavras-chave: Atenção básica, Atenção primária; Avaliação; Qualidade.

De boas palavras transborda o meu coração.

*Ao **Rei** consagro o que compus,*

a minha língua é como a pena

de habilidoso escritor.

(Salmo 45:1)

AGRADECIMENTOS

Á Deus pela minha vida e por todas as bênçãos que recebo!

À minha família amada por existir!

A meu Pai pelo afeto, exemplo de amor, pelos milhões de beijinhos dados! Sempre estará sempre presente nas minhas lembranças, na minha alegria. E a minha Mãe pelas orações e amor, pela dedicação e cuidado a todos com tanto zelo.

Ao meu cunhado e Pastor pela fé e apoio nos momentos difíceis. A minha Irmã pelo aconchego e por compartilhar comigo suas duas pedras preciosas. A minha linda...me apaixonei por você desde o primeiro instante, e a você meu lindo... que é tudo de bom, uma pessoa do bem, uma benção em minha vida!

A você meu Dengo, meu amor, tão presente em todos os momentos, me incentivando, me ajudando, sendo meu companheiro! O meu presente de Deus!

A minha querida amiga Jô, por dividir comigo muitos momentos alegres, outros nem tanto, mas sempre juntas! Obrigada pelo carinho, incentivo e lealdade! É muito bom estar com você neste desafio!

A Secretaria Municipal de Saúde pelo apoio, ao grupo de Gerentes que colaboraram com profissionalismo, amizade e bom ânimo! Aos amigos da Secretaria que me apoiaram nesta conquista, em especial aos amigos do Departamento de Unidades Ambulatoriais - DUA!

E a você Elen, minha querida, que me conduziu e me ensinou, deixando meus passos mais firmes em busca de novas formas de fazer saúde. Obrigada pelo carinho!

SUMÁRIO

Epígrafe	02
Agradecimentos	03
Sumário	04
Lista de quadros	06
Lista de tabelas	07
Lista de abreviaturas	08
Lista de anexos	09
Resumo	10
Summary	11
Apresentação	12
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Marcos Históricos do Sistema Municipal de Saúde.	28
1.2. Condições de vida e saúde no município, a Rede Básica e Especializada do município.	32
2. OBJETIVOS	41
3. METODOLOGIA	42
4. RESULTADOS	48
4.1. A Gestão da Saúde em 2005: As propostas.	48
4.2. O Diagnóstico da Rede Básica segundo a Equipe Gestora e Gerentes das Unidades.	50
4.3. A Primeira Avaliação em 2006.	53
4.3.1. Características de Estrutura.	55
4.3.2. Organização da Assistência.	57
4.3.3. Organização da Gerência.	60
4.4. As Propostas da Saúde do Município para a Atenção Básica nos anos de 2007 e 2008.	64
4.5. Avaliação da evolução da Atenção Básica em 2007- 2008	68
4.5.1. Características de Estrutura	69
4.5.2. Organização da Assistência	71
4.5.3. Organização da Gerência	79

5. DISCUSSÃO	94
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Indicadores de qualidade de serviços de atenção básica, e correspondente questão no questionário QualiAB (2007)	46
Quadro II - Equipe de Profissionais das Unidades da Atenção Básica	56
Quadro III - Quadro de Profissionais da Atenção Básica 2007 e 2008	70
Quadro IV - Questão Aberta 01- Quais as características existentes nesta unidade que pode caracterizá-la como um Serviço que atende bem a população	86
Quadro V - Questão Aberta 02 (Quais os principais problemas que esta Unidade enfrenta que pode caracterizá-la como um serviço que não atende bem a população?)	87
Quadro VI - Questão Aberta 05 (Relato de um fato marcante que exemplifique o tipo de dificuldades e/ou qualidades relativas ao cotidiano assistencial da unidade)	88
Quadro VII - Questão Aberta 06 (Como você avalia a Gestão na Atenção Básica do Município de Bauru - Quais ações devem ser priorizadas na Atenção Básica hoje)	90

LISTA DE TABELAS

Tabela I. Média da Pontuação por Unidade 2006	62
Tabela II. Média dos Indicadores do (QI) - 2006	63
Tabela III. Distribuição da oferta de exame papanicolau, segundo tipo de serviço. Bauru, 2008	74
Tabela IV. Disponibilidade e utilização de dados epidemiológicos, segundo tipo de serviço. Bauru, 2008	81
Tabela V. Média da Pontuação por Unidade - 2007 e 2008	83
Tabela VI. Média por indicador em 2007 e 2008, segundo evolução e dimensão avaliada	84

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

SUDS- Sistema Descentralizado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

QI – Questionário de Avaliação da Atenção Básica (1ª versão)

QIII – Questionário de Avaliação da Atenção Básica (3ª versão)

ESF - Estratégia Saúde da Família

USF – Unidade Estratégia Saúde da Família

PROMAI - Programa Municipal de Atenção ao Idoso

BLH - Banco de Leite Humano

CRMI - Centro de Referência em Moléstias Infectocontagiosas

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

AMSM - Ambulatório Municipal de Saúde Mental

CAPS i - Centro de Atenção Psico-Social Infantil

CAPS ad - Centro de Atenção Psico-Social Álcool e Drogas

SOPC - Seção de Orientação e Prevenção do Câncer

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

APS - Atenção Primária à Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade Estratégia Saúde da Família

MCQ - Melhoria Contínua da Qualidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SES - Secretaria de Estado da Saúde

LISTA DE ANEXOS

- Anexo I. Unidade 1 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo II. Unidade 2 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo III. Unidade 3 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo IV. Unidade 4 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo V. Unidade 5 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo VI. Unidade 6 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo VII. Unidade 7 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo VIII. Unidade 8 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo IX. Unidade 9 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo X. Unidade 10 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XI. Unidade 11 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XII. Unidade 12 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XIII. Unidade 13 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XIV. Unidade 14 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XV. Unidade 15 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XVI. Unidade 16 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XVII. Unidade 17 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XVIII. Unidade 18 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XIX. Unidade 19 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.
- Anexo XX. Evolução dos Indicadores por Unidade de Saúde em 2007 e 2008.
- Anexo XXI. Entrevista com o Gestor
- Anexo XXII. Questionário QualiAB com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Questões Abertas aos Gerentes
- Anexo XXII. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

RESUMO

O Município de Bauru foi um dos pioneiros na valorização da Atenção Básica por implantar uma rede municipal de serviços, antecipando-se no início dos anos 80 ao processo de municipalização. Durante 15 anos essas inovações não tiveram sustentabilidade, havendo uma progressiva fragilização da rede de saúde. Em 2005, a gestão municipal criou condições político institucionais de reavaliação desse processo, assumindo o resgate da Atenção Básica como uma das prioridades do governo. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade da Atenção Básica no município de Bauru, de 2005 a 2008 com foco na gerência e organização das ações de atenção à saúde. Trata-se de estudo transversal organizado na forma de uma pesquisa avaliativa estruturada. Uma primeira avaliação foi realizada ao final do primeiro ano da gestão, em 2006, por meio de um questionário piloto. O questionário final, denominado QualiAB, foi novamente aplicado em 2007 e 2008. Foi realizada também análise documental de relatórios de gestão e plano de ações, além do uso de informações de relatório sobre dados qualitativos colhidos em 2006. Foram avaliadas três dimensões da organização dos serviços: estrutura, assistência e gerência. Os resultados apontam evoluções positivas, e outras que necessitam de investimentos. Na evolução as unidades quanto à dimensão estrutura, existem dificuldades em relação à área física, equipamentos e falta de pessoal, os avanços foram em relação à aquisição de medicamentos, ampliação da coleta de exames clínico-laboratoriais. Na dimensão assistência, as evoluções foram na atenção programática para os adultos, crianças e gestantes; já as ações para demanda espontânea, adolescentes, idosos, usuários de álcool e mulheres em situação de violência ainda necessitam de investimentos. Na dimensão gerenciamento as unidades evoluíram em relação à diversidade de profissionais capacitados, fortalecimento técnico e gerencial das lideranças, relacionamento com o nível central e equipes, porém os dados assistenciais e epidemiológicos para o planejamento e organização dos serviços precisam ser aprimorados e socializados na rede de Atenção Básica. As mudanças propostas para a Atenção Básica em Bauru ocorreram de modo heterogêneo e parcial no período estudado. Ao final da gestão são apontados muitos problemas já identificados inicialmente. O envolvimento direto das equipes locais com a reorganização do trabalho nas unidades pode ser instrumentalizada pelos indicadores encontrados. A continuidade das mudanças pode ser fortalecida por medidas político-administrativas que sejam articuladas a processos de transformação da produção do cuidado, segundo critérios de qualidade coerentes com valores ético-normativos do Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Avaliação, Qualidade, Atenção Básica, Atenção Primária.

ABSTRACT

Bauru was one of the first cities to value Basic Care for implementing a municipal system of services, anticipating the very process of municipalization in the beginning of the 1980s. During fifteen years such innovations had no sustainability due to a progressive fragilization of the health system. In 2005, municipal government created institutional and political conditions to re-evaluate such process, taking the recovery of Basic Care in the city of Bauru as a government priority. The present study aims at evaluating the quality of Basic Care in the city of Bauru from 2005 to 2008, with a focus on the management and organization of actions of health care. It is characterized as a transversal study organized as a structured evaluative research. A first evaluation was conducted at the end of the first year of government, in 2006, by means of a pilot questionnaire. The final questionnaire, called QualiAB, was applied again in 2007 and 2008. A documental analysis of management reports and action plans was done, besides the use of information about qualitative data collected in 2006. Three dimensions of services organization were evaluated: structure, assistance and management. Results point positive evolutions as well as other elements in need of improvement. In terms of structure, there are difficulties related to physical area, equipment and lack of professionals. Advancements can be seen in the purchase of medication and in the increase of collection of laboratory tests. In terms of assistance, improvements rely on basic care to adults, children and pregnant women, while actions on spontaneous demand, adolescents, elderly, alcohol addicts and abused women need investments. In the realm of management, health units improved in terms of the diversity of trained professionals, technical and management growth of leaderships, relationship with central level and teams; however, assistance and epidemiologic data for services planning and organization need to be improved and socialized in the Basic Care system. The changes proposed to Basic Care in Bauru occurred in a heterogeneous and partial way during the period under study. At the end of government term many problems initially identified were already pointed. The direct involvement of local teams with the reorganization of work in the health units may be instrumentalized by the indicators found in the study. The continuity of changes may be strengthened by political and administrative measures articulated to processes of transformation of the production of care, according to quality criteria coherent with ethical and normative values of the Unified Health System.

Key words: Evaluation, Quality, Basic Care, Primary Care.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de mestrado tem como objetivo geral avaliar a evolução da qualidade da Atenção Básica do município de Bauru com foco na análise da estrutura, gerência e organização das ações de atenção à saúde, considerando o processo de mudança da atenção básica iniciado em 2005. Está inserido na pesquisa “Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo¹”.

A Secretaria Municipal de Saúde de Bauru participou como parceira na referida pesquisa na qualidade de município piloto, ou seja, representando o campo inicial da investigação, onde foram desenvolvidos os primeiros instrumentos de avaliação por meio de uma abordagem multimétodos (entrevistas, grupos focais, observações e o questionário pré-teste de avaliação de serviços). Integrou também a avaliação realizada na região já com um instrumento definitivo.

A gestão municipal nesse período propunha uma reestruturação da atenção básica o que colocava a pesquisa como um elemento estratégico que poderia contribuir com o processo de mudança. E, de fato, a inclusão do município como piloto na Pesquisa, o desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, possibilitou para as lideranças em 2005 o repensar de ações gerenciais. Desde o início dos trabalhos de reconhecimento da rede, algumas mudanças foram implantadas imediatamente como a instituição de reuniões periódicas entre o Gestor, Diretores de Departamento, Diretores de Divisão e Gerentes das Unidades, que não ocorriam até então.

Enquanto profissional da Secretaria Municipal de Saúde do Município, me senti motivada com a possibilidade de contribuir e colaborar neste processo de reconstrução, incentivando as unidades de saúde para serem parte

¹ Pesquisa realizada na linha de fomento PPSUS/SP (Processo Nº 05/58652-7) AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS DE QUATRO REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, coordenado por Prof^a Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira, Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Relatório Científico entregue à FAPESP, outubro de 2007.

integrante deste momento. A oportunidade de colaborar com a equipe da Pesquisa QualiAB, meu envolvimento com as lideranças das unidades, através de aprimoramentos e do convívio diário foram os motivos propulsores para este desafio.

As avaliações realizadas proporcionaram a possibilidade de estudar o processo de evolução da atenção básica nesse período, uma vez que após a aplicação do questionário piloto, o instrumento final de avaliação foi aplicado em 2007, aproximadamente 18 meses após a avaliação inicial, e num terceiro momento, novamente aplicado no final da gestão em 2008, como parte do mestrado.

Nesse contexto é que se dá a particular inserção do presente trabalho, desenvolvido durante a gestão municipal de saúde ocorrida entre 2005 e 2008. O trabalho de mestrado procura descrever e analisar os processos de mudança da atenção básica no município de Bauru, tomando como objeto as avaliações realizadas no município de Bauru em 2006 e 2007 e agregando a esse material um terceiro momento avaliativo, em 2008, específico da presente investigação.

Algumas questões me inquietavam: - como avaliar os serviços de modo a estimular processos de mudança? - este processo e o exercício de auto-avaliação poderiam promover o envolvimento das lideranças no projeto de saúde do Município? - qual seria o diagnóstico da rede formulado pelos atores da ponta? - seria possível resgatar as propostas da década de 80, principalmente quanto à participação dos profissionais de saúde nesta reconstrução? - a partir do diagnóstico como implementar as mudanças?

Os serviços de saúde, ainda que representem apenas um dos múltiplos e complexos elementos que determinam as condições de saúde da população, possuem uma particular importância e sua avaliação um instrumento de gestão para mudanças no modelo assistencial.

“Os serviços e sistemas de saúde, têm uma participação importante na determinação dos níveis de saúde e condições de vida das populações. Aprofundar e ampliar o conhecimento sobre eles, na perspectiva da acessibilidade, desempenho e impacto dos sistemas e sobre as condições e qualidade da atenção prestada em contextos específicos, pode se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área.” (Novaes, 2004)

Acredito que o desenvolvimento de instrumentos de auto-avaliação permite que as equipes se apropriem, de forma crítica, de seu trabalho, e que a partir daí possam elaborar novos arranjos tecnológicos para melhoria da qualidade (Castanheira, 2009).

Penso que os resultados deste trabalho sejam importantes à gestão e gerenciamento dos serviços que compõem a rede básica, para reconhecer a evolução das mudanças, e apropriar-se de instrumentos sensíveis e necessários para o planejamento de ações em busca de melhores condições de saúde.

1- INTRODUÇÃO

Desde a Conferência de Alma-Ata, em 1978, diversos autores vêm propondo definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). Nas proposições de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária na prevenção, promoção, cura, reabilitação envolvendo a cooperação entre os setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde (GIOVANELLA, 2008).

Conforme a Organização Pan-americana de Saúde, a APS deve constituir a base dos sistemas nacionais de saúde por ser a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e maior equidade no estado de saúde da população (BRASIL, 2010a).

Starfield (2002), define a Atenção Primária como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, sendo seus principais atributos o primeiro contato constituindo-se como a porta de entrada do serviço, a continuidade do cuidado, também chamada de longitudinalidade, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado. Além da presença de três características, chamadas atributos derivados que qualificam as ações em atenção primária à saúde: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

No cenário mundial tem-se ampliado a discussão sobre o importante papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na diminuição das iniquidades dos serviços de saúde (WHO, 2008; SALTMAN et al., 2010).

Na Europa, a Atenção Primária tem crescido ao longo das últimas décadas, devido ao esforço de acadêmicos, legisladores, organizações nacionais e internacionais em colocar a atenção primária no centro das decisões, como um componente fundamental da atenção à saúde (SALTMAN et al., 2010).

Existe um consenso entre as organizações internacionais e acadêmicas, de que um sistema forte de atenção primária é o ponto de apoio eficaz na prestação de atenção em saúde e pode ajudar a resolver a falta de continuidade e capacidade de resposta da atenção em saúde em geral (Boerma, 2010). Mesmo considerando que tais sistemas de diversos países têm diferentes arranjos operativos, podem-se identificar princípios similares, entre eles o primeiro contato, coordenação, abrangência, integralidade e longitudinalidade (CONASS, 2007).

Com o reconhecimento da importância da APS e da necessidade de se investir em estratégias para sua ampliação nos sistemas de saúde, depara-se hoje com um grande desafio: a qualidade da atenção desenvolvida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou iniciativas de “Programas de Modelo de Atenção em Saúde e Garantia da Qualidade”, como estratégia de difusão da melhoria da qualidade na APS. No entanto, a princípio, somente algumas atividades foram realizadas e por um número pequeno de profissionais da atenção primária. Segundo Saltman (2010), a aceitação pelos legisladores da necessidade de sistemas de melhoria de qualidade na atenção primária só foi mais amplamente incorporada no sistema europeu a partir de 1997, após recomendações do Conselho Europeu quanto à necessidade do controle de qualidade para todo o sistema de saúde.

A introdução progressiva da melhoria de qualidade em número de países cada vez maior teve dois elementos importantes, um deles foi a introdução de políticas nacionais e financiamentos para criar programas de melhoria de qualidade, e o outro foi o uso de um número crescente de métodos específicos de avaliação e monitoramento da qualidade.

Os sistemas de melhoria da qualidade estão sendo introduzidos na atenção primária na maioria dos países europeus, em ritmos diferentes. Porém existem duas tendências emergentes que podem ser detectadas, especialmente entre aqueles países que iniciaram primeiro na melhoria da qualidade. A primeira delas é o desenvolvimento de normas comuns de atenção e sistemas de melhoria da qualidade, e a segunda é o papel cada vez

maior dos pacientes na criação de políticas e na avaliação da qualidade (BAKER, 2010).

Ibanez et. al., 2006, assinalam que a atenção primária em saúde surge historicamente no movimento de formação médica em direção ao campo de competências dos serviços de saúde e a organização das ações. Os aspectos econômicos, políticos e ideológicos que permeiam as práticas da saúde produziram distintas interpretações e abordagens sobre o significado da atenção básica nos diferentes sistemas de saúde.

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde é a denominação correspondente ao que a literatura internacional tem chamado de Atenção Primária à Saúde (CONASS, 2004). No sistema brasileiro, a APS, ou Atenção Básica (AB) representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (BRASIL, 2010b).

A Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da 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, 2006). Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Segundo a PNAB, a Atenção Básica deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Deve se valer de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. Passando a ser o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. (CONASS, 2004).

Os fundamentos da Atenção Básica de acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (2006) são (BRASIL, p.11, 2006):

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV- valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - “estimular a participação popular e o controle social”.

As áreas estratégicas da Atenção Básica elencadas na PNAB (2006) são: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Quanto às características da organização do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a PNAB ainda destaca: a definição do território de atuação das UBS; a programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais freqüentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea; o desenvolvimento de ações educativas; o desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais; a assistência básica integral e contínua, organizada à população

adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial; a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas; a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações; o desenvolvimento de ações intersetoriais e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2006).

Segundo Sampaio (2008), a publicação da Política Nacional de Atenção Básica-PNAB em 2006, foi um marco para o avanço da Atenção Primária no Brasil. Levou a revogação de 27 Portarias que, desde 1997, promoviam adequações normativas na operacionalização da atenção básica. A partir dessa norma, tomou-se a decisão política de chamar a saúde da família de uma estratégia nacional e não mais um programa, buscando dar uma dimensão ampliada à Saúde da Família. No campo da gestão muitos movimentos foram feitos no sentido do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como a criação do Departamento de Atenção Básica no Ministério da Saúde e a institucionalização de sua prioridade política.

Para a implementação de uma política de investimento e melhoria da AB, a definição de mecanismos de avaliação torna-se um exercício necessário e complexo. A avaliação requer um grande investimento na construção de uma série de consensos e instrumentos, bem como, a necessidade de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação. Trata-se de uma ferramenta de negociação permanente entre diferentes atores do sistema de saúde e de formação das pessoas no cotidiano de suas práticas, para que assim haja o comprometimento com o processo decisório, com o compromisso da mudança e com a sua institucionalização (Brasil, 2005b).

No campo das práticas em saúde, avaliação e qualidade estão estreitamente relacionadas, pois para conhecer a qualidade ou melhorá-la, é necessário avaliar (Mendes, 2010).

Castanheira (2002) destaca que a pesquisa avaliativa em saúde consiste na utilização do método científico para o julgamento valorativo de uma intervenção sobre uma necessidade socialmente construída, não existindo uma

metodologia avaliativa em sentido estrito, mas a utilização de diferentes metodologias para o estudo de objetos sociais complexos, como as ações de saúde.

Para Minayo (1993), um bom método será sempre aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não pode ser pensada como oposição contraditória. É necessário que as relações sociais possam ser analisadas e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Destaca que o. *"estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa"*.

"Hoje, a avaliação de programas de saúde possui um espaço próprio de atuação, tendo incorporado conhecimentos e metodologias que se dirigem à avaliação de diferentes aspectos e etapas do desenvolvimento de programas, não mais restritos à eficiência ou às abordagens quantitativas, tal como o fora originalmente" (CASTANHEIRA, p.17, 2002).

Para Contandriopoulos (2006), institucionalizar a avaliação implica em questionar a capacidade da avaliação de produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS.

A institucionalização da avaliação na saúde, além de ser uma ferramenta na formação dos profissionais, também é um importante componente da gestão. Seu reconhecimento se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como propósito fundamental dar suporte aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. (BRASIL, 2005b).

“No campo da Saúde Pública, a avaliação de serviços é área de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade. (DESLANDES, 1997)”.

Almeida (2008) enfatiza que a Atenção Básica vem passando por importantes inovações desde os anos de 1990, principalmente a partir da expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família.

O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, vem desde 2003 desenvolvendo diversas ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica à saúde. (FELISBERTO et al., 2008).

Os países com a atenção primária mais desenvolvida foram os primeiros a introduzir os programas de melhoria da qualidade, sendo que os métodos compartilham três elementos chaves. O primeiro é a especificação do desempenho na forma de diretrizes e políticas; o segundo elemento consiste em maneiras de mudar a prática através da construção de variáveis de sucesso, formação de grupos, palestras, auditorias, treinamentos e outros; o terceiro elemento é a mensuração da qualidade. (REIS et al., 1990).

Campos (2005) assinala que a avaliação da qualidade não deve ser vista como um julgamento *a priori*, mas uma oportunidade de mudança. A avaliação não deve ser entendida como um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças.

Os serviços de saúde são avaliados por profissionais e usuários a todo o momento, seja de forma não sistematizada e intencional. Sempre que é formada uma opinião (julgamento de valor) a respeito do serviço prestado ou do atendimento realizado nas unidades de saúde, está-se fazendo uma avaliação da qualidade (Brasil, 2005a).

Entre as muitas definições de qualidade na atenção em saúde, uma delas, proposta por Donabedian (1980), considerada especial “Qualidade é uma propriedade de, e um juízo sobre, um elemento da atenção”. O conceito de juízo é a chave para a compreensão do significado de qualidade – juízes com valores diferentes chegam a conclusões diferentes, de acordo com as suas preferências e prioridades. Donabedian sugeriu que os juízes poderiam ser categorizados em três grupos: pacientes, profissionais e planejadores. (DONABEDIAN apud, REIS, 1990).

Nas últimas duas décadas, os estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde têm-se baseado em uma ou mais categorias propostas por Donabedian que sistematizou a avaliação em três aspectos: estrutura, processo e resultado. (REIS et al.,1990).

Assim, a avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, que avalia as características dos recursos que se empregam na atenção médica; processo, que descreve as atividades do serviço de atenção médica; e o resultado que avalia o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. Segundo Donabedian, o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua para evitar desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos. (DONABEDIAN apud, REIS, 1990).

A avaliação tem uma grande responsabilidade de avaliar para promover mudanças, almejar transformações no processo de trabalho e concomitantemente no atendimento ao usuário, mas segundo Nemes (2001) “se a avaliação não pode tudo ela certamente pode muito”.

Os instrumentos de avaliação de qualidade devem ser flexíveis e dinâmicos. Campos (2005) afirma que os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços. Dependem também de

situações muito particulares em que se dá o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, comparativamente a outros em condições semelhantes, em uma dada realidade.

Campos (2005) relata que a qualidade em saúde envolve vários fatores, como a acessibilidade aos serviços, a qualidade dos profissionais envolvidos no processo de trabalho, os recursos disponíveis, a satisfação dos usuários na área da promoção, prevenção, assistência e a reabilitação.

A qualidade dos serviços prestados na área da Atenção Básica é um tema relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais de saúde com a implantação de políticas voltadas a humanização, acolhimento, integralidade e enfoque na atenção básica como “porta de entrada” do SUS.

A Atenção Básica de qualidade tem sido atualmente enfatizada em vários países. Essa estratégia ganhou força a partir das evidências de que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias como eixos organizadores das práticas sanitárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários (STARFIELD, 2002).

A avaliação da qualidade em saúde apresenta um “ciclo avaliativo” e necessita da elaboração de parâmetros, que fundados em teorias acerca da intervenção, produzam *indicadores* válidos para o julgamento. Por isso, o passo mais difícil da avaliação é o da formulação de indicadores (Nemes, 2001).

As pesquisas brasileiras têm procurado avançar na construção de instrumentos e indicadores que dêem conta de apreender a realidade brasileira.

O monitoramento e avaliação da Atenção Básica vêm sendo incentivados pelo Ministério da Saúde. Dentre os estudos realizados destacamos a validação no Brasil do Primary Care Assessment Tool (*PCATool*), instrumento de avaliação que mensura a incorporação de atributos essenciais e derivados de atenção primária à saúde nos serviços de saúde nacionais, já validado nos Estados Unidos. O instrumento contém atributos de

acesso de primeiro contato, continuidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e comunitária e possui adequada validade e confiabilidade (Harzheim et al., 2006), e tem sido utilizado como instrumento de avaliação da atenção primária em diversas pesquisas nacionais (IBAÑEZ et al., 2006; ELIAS et al, 2006; HARZHEIM, E. et al, 2006; ALMEIDA & MACINKO, 2006).

A estratégia Saúde da Família (ESF), considerada uma política de estado e estratégia institucional priorizada pelo Ministério da Saúde vem se expandindo rapidamente no país, conta atualmente com 31.400 equipes em 94,8% dos municípios brasileiros, este modelo de atenção, tem demonstrado ser apropriado e eficaz nos mais diferentes contextos do País, tanto para municípios pequenos como para os grandes centros urbanos (BRASIL 2010b).

Em função desta expansão, e da necessidade de acompanhamentos das diretrizes da ESF, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica desenvolveu a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2010b).

A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família surgiu com o objetivo de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando o envolvimento dos atores nos municípios neste processo (BRASIL 2009b).

O projeto AMQ é considerado um dos primeiros trabalhos que sistematizou o tema qualidade em saúde no âmbito da APS no país. O projeto lançado em 2005, foi fruto de esforços do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e foi inspirado no MoniQuOr (Instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal) (BRASIL, 2010b).

O AMQ é composto de 300 padrões de qualidade subdivididos em cinco instrumentos de autoavaliação dirigidos à gestão e equipes da Estratégia Saúde da Família, e dispõe de aplicativo digital que disponibiliza relatórios para monitoramento dos processos avaliativos. Segundo a Coordenação da Atenção Básica do MS, desde 2005 até maio de 2010, cerca de 1000 municípios se

cadastraram no projeto, com a adesão de 2000 equipes ao processo de avaliação.

O AMQ utiliza a abordagem sistêmica de Donabedian, que contempla elementos de estrutura, processo e resultados, enfatizando os elementos de processo com o pressuposto de que a mudança no nível organizacional conduz à melhores resultados. Os aspectos ligados à estrutura e resultados são em menor número, mas também são tomados como parâmetros para a avaliação da qualidade (BENEVIDES, 2010).

Segundo Minozzo, o AMQ consiste num importante instrumento para a construção da integralidade, favorecendo a troca, o diálogo, a escuta, a interdisciplinaridade, o acolhimento com vínculo e responsabilidade, contribuindo para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica no Brasil.

Após implantação do AMQ, o Departamento de Atenção Básica realizou em 2010 a publicação da Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), também inspirada pelas contribuições do Instituto de Qualidade em Saúde de Portugal, com a proposta de aprofundamento de ferramentas e possibilidades de utilização para todas as equipes da Atenção Primária em Saúde, complementando a AMQ (BRASIL, 2010b).

A Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) propõe que a garantia da qualidade seja apenas o primeiro passo de um processo amplo e contínuo de melhoria da qualidade em saúde. Trata-se de um sistema estruturado, com ferramentas que possibilitam a construção de soluções para os problemas que interferem no desempenho dos processos de trabalho. Costumam ser colocadas em prática por meio de ciclos de melhoria contínua da qualidade, aplicados no enfrentamento de problemas e em pequenas mudanças organizacionais. São acessíveis e de ampla participação de toda a organização no planejamento e execução da melhoria contínua dos procedimentos (CAMPOS, 2010).

O uso das ferramentas da MCQ pode ser considerado atividade de educação permanente vinculada ao processo de trabalho, fortalecendo as ações desenvolvidas. Pode ser utilizado por qualquer equipe de APS, não exige adesão formal do Ministério da Saúde, não dispõe de tecnologias para o monitoramento do processo de melhoria da qualidade, propõe diversas ferramentas para serem utilizadas em cada um dos momentos do ciclo de melhoria da qualidade (POÇAS et. al. 2010).

Campos et. al. 2010, destaca alguns princípios da MCQ, considerar o ponto de vista do usuário, participação ativa de todos os integrantes do serviço, ser uma atividade desenvolvida no âmbito interno do serviço, fazer parte da rotina de trabalho, prevenir erros por meio de correções, pensar que o que está bom pode ser melhorado, não permitirem limitações externas à atuação da equipe e ter apoio e o compromisso das chefias e outros níveis de gerência.

O trabalho em equipe para a MCQ é fundamental, pois se torna difícil completar um ciclo de melhoria da qualidade em ambiente caracterizado pelo agrupamento de profissionais sem interação das ações, assim o fortalecimento da equipe deve ser meta prioritária (CAMPOS et. al. 2010b).

Em 2007, pesquisa de avaliação da qualidade da Atenção Básica realizada pela UNESP, desenvolveu um instrumento estruturado, denominado QualiAB, com foco voltado para a avaliação da organização das ações de saúde. A pesquisa foi desenvolvida em duas grandes fases – a primeira com a finalidade de desenvolvimento do instrumento e sua validação e a segunda de aplicação no conjunto dos serviços que compunha o universo da investigação. O município de Bauru participou da primeira fase integrando o estudo piloto que orientou as demais etapas da pesquisa. O questionário QualiAB foi validado pela aplicação em 131 municípios do Estado de São Paulo, com a adesão de 598 unidades, num universo de 650 unidades da rede de atenção básica (CASTANHEIRA et al, 2007).

Em resposta à necessidade de desenvolver mecanismos de estímulo à melhoria da qualidade da Atenção Básica no Estado de São Paulo, em 2009 a equipe de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde (SES), com apoio

do Departamento de Saúde Pública da UNESP e de outras universidades, implantou o Programa “Articuladores da Atenção Básica”. Esse programa desenvolve ações de apoio técnico para a Atenção Básica voltadas preferencialmente para municípios com menos de 100 mil habitantes. A partir de visitas, discussões e suporte técnico a inúmeros municípios, essa experiência evidenciou o grande desconhecimento sobre a rede básica em operação no Estado, que se mostrou heterogênea e com problemas múltiplos e complexos (SÃO PAULO, 2010).

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com a UNESP, implantou o questionário QualiAB para preenchimento *on line*. Essa proposta foi aprovada em reunião da Comissão Intergestores Bipartite em maio de 2010, como estratégia de estímulo a uma cultura avaliativa e como instrumento de gestão da Atenção Básica pelos Municípios, contribuindo com o fortalecimento das Políticas de Atenção Básica no Estado de São Paulo.

A avaliação foi realizada por meio da aplicação do questionário QualiAB para resposta *on line* pelas equipes das unidades básicas, a partir da adesão do gestor municipal de saúde, com o envolvimento dos gestores municipais e equipes locais saúde. O preenchimento dos questionários foi finalizado em novembro de 2010, contou com a adesão de 604 municípios, com 2843 unidades cadastradas e 2706 questionários completados (www.abasica.fmb.unesp.br). Essa iniciativa ainda não tem resultados publicados.

O questionário QualiAB, instrumento central do presente trabalho, é um instrumento de avaliação da qualidade aplicável a todas as unidades da rede básica de saúde - independentemente de seu modelo organizacional, sejam Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas tradicionais ou outras formas de organização. É constituído por 85 questões de múltipla escolha, auto-respondidas pelo gerente e equipe da unidade básica de saúde, que abordam aspectos da organização da atenção à saúde e gerenciamento local (CASTANHEIRA et al, 2007; CASTANHEIRA et. al, 2009).

O presente trabalho avalia a qualidade dos serviços de Atenção Básica no município de Bauru no período de 2005 a 2008, com ênfase na gerência e organização das ações de atenção à saúde, por meio dos indicadores de qualidade definidos pelo QualiAB. Para que se possa compreender o contexto em que se desenvolve a avaliação proposta, apresentamos a seguir alguns aspectos históricos da organização dos serviços de Atenção Básica no município de Bauru, os principais indicadores sócio-demográficos e epidemiológicos e a atual estrutura da rede básica e especializada sob gestão municipal.

1.1 Marcos Históricos do Sistema Municipal de Saúde

No início dos anos 80, foi implantada em Bauru, como uma das prioridades da gestão política da época, uma rede municipal de serviços de atenção básica. Esta implantação entre os anos de 1984 a 1990 representou uma reformulação profunda na saúde pública do município de Bauru com avanços que antecipavam na prática muitas das diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Em 1988, o SUS foi criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população, onde a saúde é **um direito de todos e um dever do estado**. Uma conquista social construída a partir das proposições apresentadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde sendo um marco na história do Brasil. Tem como princípios ideológicos ou doutrinários, estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 a universalidade, integralidade e a equidade, e os princípios organizacionais a descentralização, a regionalização, hierarquização e participação popular. (BRASIL, 2009a).

O Município foi um dos pioneiros na valorização da Atenção Básica por implantar uma rede municipal de serviços de atenção primária, antecipando-se ao processo de municipalização e descentralização que viria a ocorrer de forma extensiva nos anos 90 com a implantação do SUS (CAPISTRANO; PIMENTA, 1988).

Em 1982, a gestão municipal assumiu a Saúde como uma de suas prioridades. Sob a coordenação do médico sanitário David Capistrano foi criada uma rede de atenção básica constituída por 11 novos núcleos de saúde (segundo o modelo das atuais Unidades Básicas de Saúde - UBS - “tradicionais”) e por algumas unidades estaduais já existentes que foram municipalizadas, totalizando 19 serviços, que até hoje representam a estrutura nuclear da rede básica em operação no município.

Além da rede básica, foi instalada toda uma estrutura de atenção à saúde com a criação de Pronto Socorro Municipal, Pronto Socorro Odontológico, Programa Municipal de Saúde do Trabalhador, Banco de Leite Humano e Centro de Prevenção e Câncer ginecológico e de mamas (CAPISTRANO & PIMENTA, 1988).

A implantação da rede de serviços de saúde sob a gestão do município foi realizada com recursos financeiros, num primeiro momento, exclusivamente do orçamento próprio do município e, num segundo momento, com parte dos recursos financeiros provenientes do convênio AIS e SUDS. O município foi responsável por todo o custeio dos serviços de saúde durante o ano 1984 (PIMENTA, 2006).

Uma das experiências mais marcantes em Bauru foi o esforço para criar, junto com os trabalhadores da saúde, uma forma de organizar e gerir o processo de produção da saúde nos novos serviços. Ocorriam reuniões com os técnicos de todas as áreas sobre a organização do processo de trabalho nas unidades e sobre temas técnicos, preparados pelos próprios profissionais. Trabalhava-se com a idéia de que os trabalhadores poderiam instituir práticas de produção de saúde, que fizessem sentido para eles enquanto sujeitos e para os usuários dos serviços, pois havia o entendimento que as mudanças somente ocorreriam, se os trabalhadores assumissem a autoria delas. (PIMENTA, 2006).

Pimenta (2006) relata que:

Havia essa percepção na equipe de gestão da saúde, compartilhada pelo prefeito, que não era somente a criação de novos serviços que estava sendo feita, mas estava se construindo novas maneiras de produzir saúde.

Uma questão que merece destaque naquela época foi em relação à demanda de atendimento dos núcleos, prioritariamente espontânea. Quanto à demanda programada incluía os desnutridos, crianças para o programa defesa da vida, gestantes, diabéticos e os hipertensos. (CAPISTRANO, 1988).

Para Pimenta (2006), a estratégia de priorizar o atendimento da demanda espontânea, de investir em ações de educação em saúde e desenvolver ações programáticas, contribuiu para deslocar o processo de trabalho mais no sentido dos interesses dos usuários. A prioridade era o atendimento das pessoas nos seus processos de adoecimento, com ênfase na construção de vínculos entre os profissionais e os usuários, havia também incorporação de ações de vigilância da saúde e utilização da epidemiologia para definir prioridades da gestão.

Capistrano (1988) destacou que, em quatro anos foi criada uma rede básica com toda a capacidade instalada, prestando atendimento em Atenção Primária de boa qualidade, sem ociosidade nos serviços, sem desvios de função na equipe, com profissionais dinâmicos, espaço físico utilizado integralmente e credibilidade dos serviços.

Pimenta (2006), em sua tese de doutorado explicita:

Em 2004, o Prefeito Tuga Angerami foi eleito prefeito novamente. O contexto político era outro, a equipe de gestão da saúde era outra, mas alguns atores políticos que ajudaram a construir um modelo assistencial inovador, ainda antes do SUS, continuavam no município. Minha expectativa é que o governo municipal consiga recuperar o tempo perdido e construir um sistema de saúde no município usuário centrado.

Cardoso (2007), em sua dissertação de mestrado destaca que um dos grandes desafios do município de Bauru é a reorganização do sistema de saúde, em consonância com os princípios do SUS, e a reestruturação da sua rede básica de saúde.

Após 15 anos que sucederam a década de 90, a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, em especial as unidades que compõem a rede de atenção básica, passaram por um processo de falta de investimentos e ausência de prioridade política, o que se desdobrou numa fragilização de todo o sistema e na inversão do modelo assistencial, definindo-se um fluxo assistencial que tem nos serviços de urgência e emergência sua principal porta de entrada.

No início desta gestão municipal em 2005, muitos foram os problemas que atingiam toda a rede, entre eles: estrutura física comprometida, déficit de profissionais, ausência de acolhimento, trabalho direcionado somente na figura do médico, gerentes despreparados e falta da missão definida na atenção básica, conforme diagnóstico realizado pela própria Secretaria Municipal de Saúde e apresentado no início da gestão

A partir desse diagnóstico inicial, a gestão municipal procurou criar condições político-institucionais para reversão desse processo, assumindo como uma das prioridades a valorização da atenção básica, e procurando resgatar sua importância não apenas como porta de entrada do sistema, mas como nível de atenção à saúde com atuação e resolutividade no âmbito da promoção, prevenção e assistência.

Dessa forma, a Secretaria Municipal de Saúde começou a realizar a reestruturação da rede de atenção básica de saúde que em 2005 contava com 19 unidades básicas, as mesmas implantadas na década de 80, e mais uma unidade da Estratégia Saúde da Família que posteriormente incorporou uma unidade de atenção básica tradicional já existente no Município.

Algumas das alterações realizadas nesta gestão foram: a criação de 02 Unidades organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio da transformação de duas antigas UBS tradicionais, reformas e ampliações de unidades, início do processo de informatização da rede, regularização do quadro de pessoal, aprimoramentos na dinâmica de trabalho da equipe gestora municipal, criação de espaços de interlocução entre o nível central e a gerência local das unidades básicas, investimento em cursos de capacitação de gerentes, entre outras.

1.2 - Condições de vida e saúde no município, a Rede Básica e Especializada do município.

O município de Bauru com 114 anos localiza-se no centro oeste do Estado de São Paulo em uma área total de 673,5 km², possui dois ramais ferroviários, um aeroporto, um porto fluvial a 30 km (que dá acesso à hidrovia Tietê-Paraná), além de várias estradas, destacando-se a Rodovia Marechal Rondon que liga a cidade à capital do Estado (distante 345 km) e ao Mato Grosso do Sul. Desta forma, Bauru constitui um importante entroncamento rodo-ferro-hidro-aeroviário, e uma das cidades do interior do estado que reúne estrutura para a implantação de empreendimentos industriais e comerciais, ocupando a 13^a posição no ranking de desenvolvimento municipal elaborado pela Federação das Industriais do Rio de Janeiro, é considerado o 50^o maior município do país. O Índice Paulista de Responsabilidade Social coloca Bauru no Grupo 01, que agrega municípios com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade (Bauru, 2010-2013).

Sua atividade econômica está centrada no comércio, constituindo-se em pólo regional nos setores do comércio e serviços, e sede de região administrativa. Pode ser considerado um município de médio porte, contando em 2009, segundo estimativas do IBGE, com uma população estimada de 362.813 habitantes.

O município possui uma densidade demográfica de 537,38 habitantes/km². A renda percapita do município é de US\$ 4,5 mil. O orçamento municipal é de US\$ 120 milhões por ano. O Grau de Urbanização do município é de 98%. As pirâmides etárias mostram que Bauru apresentou acentuado envelhecimento da população entre 1980 e 2008, a faixa dos adultos com 65 anos e mais aumentou de 5,1% para 12%; também se observou redução do contingente de crianças e adolescentes com até 14 anos de idade, em razão da queda das taxas de fecundidade e natalidade entre 1980-2008. A participação desse segmento populacional diminuiu de 33,8% para 21,6% no período. O Índice de Envelhecimento é de 56,47% (Bauru 2010-2013).

De 2000 a 2005 o município apresentou uma taxa de crescimento de 1,71% ao ano, superior ao do Estado de São Paulo para o mesmo período que foi de 1,56% (SEADE, 2006). Em 2000 o índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Bauru foi de 0,825. Tomando-se como referência a classificação do PNUD, o município pode ser considerado como de alto nível de desenvolvimento humano.

De 1991 a 2005 a taxa de mortalidade infantil caiu de 22,47 óbitos menores de 01 ano por mil nascidos vivos para 9,69. A esperança de vida ao nascer tem se mantido em torno dos 70 anos, indo de 70,19 anos em 1991 para 70,46 anos em 2000 (SEADE, 2006).

Segundo Relatório de Gestão, em 2008 o coeficiente de mortalidade infantil foi de 12,41 por 1.000 nascidos vivos – esse indicador não tem apresentado variação significativa nos últimos quatro anos. Na mortalidade geral, em 2008 ocorreram 2.019 óbitos de residentes em Bauru, sendo a principal causa relacionada ao aparelho cardiovascular (35,7% dos óbitos, dos quais 76,3% em maiores de 60 anos), seguida de neoplasias (18,6%) e de doenças do aparelho respiratório (12,5%, das quais 81,8% ocorreram em maiores de 60 anos). Dos óbitos ocorridos em 2008, 54,7% foram do sexo masculino e 66,46% em indivíduos com mais de 60 anos. (Bauru 2010-2013),

Em relação à morbidade ambulatorial segundo Plano Municipal de Saúde, no ano de 2008, os principais motivos de procura pelos serviços de saúde municipais variaram conforme a faixa etária: (BAURU, p.04, 2010-2013):

“- menor de 02 anos: a principal procura pela assistência em saúde foi Contatos para Supervisão de Saúde, seguido de Doenças do Aparelho Respiratório e de Sinais Anormais de Exame Clínico;

- 02 a 12 anos: em primeiro lugar Doenças do Aparelho Respiratório, seguido de Contatos para Supervisão de Saúde e de Doenças do Aparelho Digestivo;

- 12 a 21 anos: em primeiro lugar Contatos para Supervisão de Saúde, seguido de Doenças do Aparelho Digestivo e de Doenças do Aparelho Respiratório;

- 21 a 40 anos: em primeiro lugar Contatos para Supervisão de Saúde, seguido de Doenças do Aparelho Digestivo e de Sinais Anormais de Exame Clínico;
- 40 a 65 anos: em primeiro lugar Doenças do Aparelho Circulatório, seguido de Contatos para Supervisão de Saúde e Doenças do Sistema Osteomuscular;
- “65 anos e mais: a principal causa foi Doenças do Aparelho Circulatório, seguido de Contatos para Supervisão de Saúde e Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas”.

A cobertura vacinal em crianças menores de 01 ano de idade, residentes no município de Bauru, não tem alcançado o preconizado de 95% ou mais, excetuando a vacinação BCG. Em 2008, a cobertura vacinal contra poliomielite foi 91,14%, a Tetravalente 89,61%, a Hepatite B 90,06% e a Rotavírus 85,60% (BAURU 2010-1013).

Segundo Plano Municipal de Saúde (2010-1013), a cobertura de pré-natal com realização de sete ou mais consultas, foi de 77,32% em 2008; 64,8% dos partos foram cesáreos e a porcentagem de recém nascidos de termo foi de 92,06%. A razão entre exames citopatológicos cérvicovaginais em mulheres de 25 a 59 anos, usuárias do SUS, apresentou uma cobertura de 17,5% no ano de 2008, observando um aumento gradativo de 4,8% em relação a 2005, não considerando os exames da rede suplementar.

O número de diabéticos em acompanhamento nas unidades de saúde em 2009 foi de 7.365, o que corresponde a uma cobertura de 73,8% do esperado e não se tem observado aumento significativo no número de pessoas acompanhadas em relação ao de 2007. Quanto aos hipertensos, atualmente são acompanhados 28.652 pacientes, correspondente a 69,5% do esperado, caracterizando um aumento de 7023 pessoas em acompanhamento e de 32.5 pontos percentuais em relação ao ano de 2007.

O total de procedimentos odontológicos realizados pela atenção básica em 2008 foi de 202.397, correspondendo a 0,72 procedimento/hab/ano, dentro do parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde.

O Coeficiente de Incidência de Tuberculose aumentou de 2,56 em 2007, para 5,88 em 2008, bem como o de Hanseníase, que em 2007 foi de 0,22 e em 2008 de 0,48 casos para cada 10.000 habitantes, provavelmente conseqüentes a maior busca ativa de casos novos. A epidemia de Dengue diminuiu em 2008, com a detecção de 144 casos de dengue clássico, contra os 2.218 confirmados em 2007. A Leishmaniose visceral tem persistido no município desde o início da epidemia em 2003, sendo os números de casos registrados de 2003 a 2008 respectivamente, 17, 29, 36, 72, 41 e 75, totalizando 270 casos da doença. Considerando todo o período da epidemia, a letalidade em Bauru é de 15,15%, sendo o aceitável até 10% (BAURU, 2010-1013).

A epidemia de AIDS em Bauru mudou seu perfil nos últimos anos: até meados da década de 90 a infecção predominava entre usuários de drogas injetáveis evoluindo com uma heterossexualização, feminilização e pauperização, observando-se, atualmente, maior risco de transmissão sexual entre mulheres e homens heterossexuais, propiciando aumento do número de casos em mulheres, com alteração da relação masculino/feminino (que anteriormente era, em média, de três homens para cada caso em mulher, nos últimos três anos passou para, aproximadamente, dois casos em homens para cada mulher notificada), e o aumento da possibilidade da transmissão vertical. A taxa de incidência de AIDS em 2007 foi de 10,2 casos por 100 mil habitantes e a taxa de mortalidade de 17,9 (por 100 mil hab.). Quanto à faixa etária, o predomínio está entre 20 a 49 anos (90,5%), em plena fase de produção econômica e reprodutiva, porém, tem se observado um aumento proporcional de casos em indivíduos com 50 ou mais anos de idade (9,59% em 1996 para 21,12% em 2006). A categoria de exposição heterossexual é a responsável por 39,7% do total de casos em indivíduos maiores de 12 anos de idade, seguida de usuários de drogas injetáveis com 31,3% e homossexuais e bissexuais com 12,3%. Em crianças de até 12 anos de idade, a categoria de exposição predominante é a vertical com 93,3% do total de casos, a hemofilia 2,2% e a categoria de exposição ignorada em 4,4%. Considerando-se o total de notificações em todas as faixas etárias, o percentual de transmissão vertical é de 2,2% (BAURU, 2010-2013).

As Unidades Básicas, de Saúde da Família e Unidades Integradas, realizam atendimento básico de saúde nas áreas de clínica geral, ginecologia/obstetrícia, pediatria, odontologia, enfermagem, nutrição e assistência social com atenção às doenças crônicas degenerativas, infectocontagiosas, agravos à saúde, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, acompanhamento de pré-natal, saúde bucal, ações de enfermagem, realização de eletrocardiograma, RX odontológico, fornecimento de medicamentos da assistência farmacêutica para rede básica e atividades de educação em saúde. As atividades odontológicas realizadas fora de unidades de saúde englobam também ações preventivas e curativas em saúde bucal (BAURU 2010-2013).

Atualmente a Secretaria Municipal de Saúde de Bauru executa as ações em atenção básica com uma estrutura composta por 19 Unidades Básicas de Saúde, sendo, 02 unidades de saúde da família, 12 unidades básicas tradicionais, 01 unidade básica com PACS, 01 unidade básica com especialidades, 02 unidades integradas de Atendimento Ambulatorial e de Urgência e 01 unidade básica com pronto atendimento e especialidade:

- 1- Núcleo de Saúde Centro - “Dr. Alpheu de Vasconcelos Sampaio”
- 2- Núcleo de Saúde Geisel - “Newton Bohin Ribeiro”
- 3- Núcleo de Saúde Cardia - “Dr. Antônio Azevedo”
- 4- Núcleo de Saúde Parque Vista Alegre - “Dr. Sebastião G. Cavalli”
- 5- Núcleo de Saúde Falcão - “Mário Pinto de Avelar Fernandes”
- 6- Núcleo de Saúde Beija Flor - “Dr. Armando Cardieri”
- 7- Núcleo de Saúde Godoy - “Dr. Osires Domingues”
- 8- Núcleo de Saúde Europa - “Dr. Jerônimo Decunto Júnior”
- 9- Núcleo de Saúde Octávio Rasi - “Dr. Edison Bastos Gasparini”
- 10- Unidade de Saúde da Família / Santa Edwirges - “Dr. Sebastião Simi”

- 11- Núcleo de Saúde Gasparini - “Dr^a Vilma de Araújo Leão”
- 12- Núcleo de Saúde Nova Esperança - “Dr. Luiz Castilho”
- 13- Núcleo de Saúde Tibiriçá - “Dr. Dolírio Sandin”
- 14- Núcleo de Saúde Redentor - “Dr. Fidelis Berriel”
- 15- Núcleo de Saúde Dutra - “Dr. João Braulio Freire Ferraz”
- 16- Unidade Saúde da Família / Vila São Paulo - “Dr. Danilo Campana”
- 17- Núcleo de Saúde Bela Vista - “Dr. Odilon Pinto do Amaral”
- 18- Núcleo de Saúde Ipiranga - “Dr. Alipio Gonçalves dos Santos”
- 19- Núcleo de Saúde Mary Dota - “Dr. Angelo Pagoto”

O município conta com um Pronto Socorro Central nas áreas adulto, infantil e odontológica e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU.

A Assistência Ambulatorial Especializada SUS no município de Bauru é formada pela rede especializada ambulatorial sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/DRS VI, e pelas Unidades de Assistência Especializada Municipais.

A rede de assistência especializada municipal é composta por 12 unidades de referência, com médicos pediatras, clínicos gerais, ginecologistas, oncologistas, hematologistas, neurologista, psiquiatras, oftalmologistas, cirurgião geral, urologista, infectologistas, pneumologista, dermatologista, médicos do trabalho, psicólogos, fonoaudiólogo, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, cirurgiões dentistas, assistentes sociais e demais equipe de apoio. É composta pelas seguintes unidades:

- **Programa Municipal de Atenção ao Idoso - PROMAI:** realiza atividades especificamente voltadas à população com 60 anos ou mais, oferecendo atendimento multidisciplinar ambulatorial, domiciliar e ações educativas de promoção da melhoria da qualidade para terceira idade, através de orientações

aos cuidados, formação de grupos de convivência para discussões sobre saúde, formas de prevenção de doenças, atividades físicas e lazer.

- **Banco de Leite Humano - BLH:** se destina à coleta, conservação, armazenamento e distribuição do leite humano ordenhado e pasteurizado, com o objetivo de suprir os que dele necessitem como parte essencial do tratamento para recuperação de saúde. Tem também a responsabilidade de atuar nas ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno.

- **Centro de Referência em Moléstias Infectocontagiosas - CRMI:** Visa à redução da incidência da infecção pelo HIV, de Hepatites B e C, de outras doenças sexualmente transmissíveis e o controle da Tuberculose e da Hanseníase, através da promoção de ações preventivas à população em geral e assistência aos portadores, desde o diagnóstico até o tratamento. Realiza a Coleta laboratorial (HIV, CD4 e Carga Viral, exames de doenças de notificação compulsória para hepatites, citomegalovírus, dengue e outros, chumbo, PCR a genotipagem para hepatite C e genotipagem para o HIV). Esta unidade conta com ainda com as seguintes modalidades assistenciais: Assistência Domiciliar Terapêutica e Hospital Dia.

- **Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA:** oferece a testagem para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis, realizando o aconselhamento das doenças sexualmente transmissíveis e do uso de drogas ilícitas, distribuição de preservativos, imunização contra a hepatite B. Realiza a capacitação de multiplicadores, organização de eventos e outras atividades junto à população geral e específica (mulheres em situação de pobreza, população confinada, adolescentes, profissional do sexo, travestis, homens que fazem sexo com homens, usuários de droga, população negra, idosos).

- **Ambulatório Municipal de Saúde Mental - (AMSM):** realiza atendimento específico a crianças e adolescentes com distúrbios psíquicos leves e moderados, adultos psicóticos e dependentes químicos compensados que necessitem de continuidade de tratamento.

- **Centro de Atenção Psico-Social Infantil - CAPS i:** Crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais graves e persistentes.
- **Centro de Atenção Psico-Social Álcool e Drogas - CAPS ad:** presta assistência a adolescentes e adultos portadores de dependência a substâncias psicoativas.
- **Centro de Atenção Psico-Social Adulto - CAPS I:** para adultos portadores de transtornos mentais graves e persistentes.
- **Residência Terapêutica:** criada no ano de 2005, abriga pacientes egressos de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.
- **Seção de Orientação e Prevenção do Câncer - SOPC:** oferece atendimento multidisciplinar a pacientes portadores de câncer, realizando ações de diagnóstico e preventivas de rastreamento do câncer e atividades educativas direcionadas a pacientes e familiares.
- **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST:** visa promover ações de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho no município de Bauru e região.
- **Centro de Especialidade Odontológica - CEO:** realiza o diagnóstico e detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento à portadores de necessidades especiais.

No contexto apresentado, avaliar a qualidade da AB em Bauru entre 2005 e 2008, representa avaliar um período de mudanças que pretendia avançar na qualidade dos serviços, especialmente da AB, como forma de redefinição do modelo assistencial.

Espera-se que avaliar a qualidade da AB com base na racionalidade das ações operadas nos serviços, conforme apresentaremos a seguir, possa nos dar elementos para compreender o grau de mudanças efetivadas no período estudado.

2 - OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Avaliar a qualidade da Atenção Básica no município de Bauru no período de 2005 a 2008.

Objetivos específicos:

- Avaliar os serviços da Atenção Básica com foco na gerência e organização das ações de atenção à saúde.
- Analisar a evolução da qualidade da Atenção Básica do município de Bauru entre os anos de 2006 e 2008.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo organizado na forma de uma pesquisa avaliativa que faz uso de avaliações transversais realizadas em três momentos, nos anos de 2006, 2007 e 2008, com a finalidade de avaliar as características do gerenciamento e organização das ações de saúde realizadas pela atenção básica no município de Bauru durante a gestão municipal da saúde que se deu entre 2005 a 2008.

Participaram do estudo todas as unidades de saúde da rede de atenção básica do município de Bauru. Em 2006, havia no município 20 unidades de atenção básica, sendo uma delas organizadas segundo a Estratégia de Saúde da Família. A partir de 2007, o total passou a ser de 19 unidades, das quais duas organizadas segundo essa estratégia.

As abordagens foram estruturadas por meio de questionários com questões fechadas em 2006 e 2007, acrescentando-se ao mesmo instrumento questões abertas em 2008. O banco de dados nos fornece informações quantitativas sobre a organização dos serviços de AB, segundo as respostas dos profissionais das unidades. Como se referem ao universo dos serviços estudados, as informações ainda que possam ser mensuradas, descrevem e avaliam variáveis de modo qualitativo, sem a utilização de testes de validação quantitativa (CASTANHEIRA, 2007).

Informações sistematizadas no relatório final da pesquisa. “Avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo” foram utilizadas como parte do diagnóstico inicial da AB em 2006, além da análise documental dos relatórios de gestão e plano de ações deste período. Com essa finalidade, foram utilizados dados do relatório sobre a entrevista com o gestor e os grupos focais com os gerentes, o além das propostas e projetos de ações da gestão contidas em documentos oficiais do município.

O banco de dados referente à aplicação de questionário piloto em 2006 (com 136 questões) foi descrito e analisado compondo a primeira avaliação. Por se tratar de um instrumento piloto com questões diferentes do questionário final (QualiAB) aplicado em 2007 e 2008, não foi possível realizar uma comparação entre os indicadores propostos em cada um desses modelos.

O instrumento de avaliação aplicado em 2007 e 2008, foi elaborado e validado pela referida pesquisa, e denominado como questionário QualiAB. Para o ano de 2007 foi utilizado o banco de dados, procedendo-se a nova aplicação nos serviços no ano de 2008. Nessa última aplicação foram incluídas 06 questões abertas.

No questionário de avaliação aplicado em 2008 (*QualiAB*) houve a inclusão de seis questões abertas sobre a qualidade dos serviços e a assistência da atenção básica no município que foram respondidas por escrito pelas gerentes responsáveis pelas unidades. A inserção das questões abertas e aplicação do questionário foram realizadas no final do período da gestão municipal, em dezembro de 2008. Houve um intervalo de aproximadamente 30 meses entre o primeiro questionário (2006) e o último (2008).

O *QualiAB* (Questionário de Avaliação da Qualidade da Atenção Básica) é um instrumento que foi elaborado para ser auto respondido pelas unidades básicas, sob responsabilidade direta do gerente local, preferencialmente com a participação de toda a equipe. As questões distribuíram-se em cinco blocos temáticos: 1. Identificação e características gerais dos serviços; 2. Registro de dados e informações em saúde; 3. Organização da atenção à saúde; 4. Perfil de atividades da equipe multiprofissional; 5. Características do processo gerencial.

O foco avaliativo do questionário tem como núcleo a organização dos serviços e das ações de saúde realizadas em unidades de atenção básica. Esse foco permite o estudo do trabalho operado na rede básica e sua análise como expressão de um determinado projeto de saúde, ou seja, da racionalidade que orienta as ações, suas finalidades e objetivos, tomando como base a análise da organização do processo de trabalho em saúde.

A estrutura eleita foi a de compor o instrumento com questões que apenas **caracterizem o serviço (questões descritivas)** e de questões cujas respostas classifiquem o serviço segundo **grau de qualidade (questões pontuadas)**. As questões pontuadas foram classificadas em uma escala de 0, 1, e 2, sendo que a pontuação 2 representa a melhor qualidade.

A formulação e pontuação das questões refletem a qualidade esperada, ou seja, os parâmetros utilizados na definição do padrão desejável para a Atenção Básica. Nesse sentido, e dentro do quadro avaliativo utilizado, foram valorizadas características de estrutura e processo coerentes com os princípios e diretrizes do SUS e expressos no Pacto pela Vida (Brasil, 2006d), e definidos em normas e protocolos do sistema público de saúde.

Com o foco avaliativo no processo de trabalho operado nos serviços, as questões e a pontuação atribuída procuram refletir os seguintes valores, com base em normas e protocolos já estabelecidos para a Atenção Básica (Castanheira et. al., 2007):

1. Importância epidemiológica das ações
2. Importância clínico/epidemiológica
3. Viabilidade técnica – tecnologia passível de incorporação nos moldes prevalentes de organização dos serviços de atenção primária
4. Viabilidade técnico-operacional – tecnologia disponível em serviços públicos de atenção Primária
5. Seguimento de normas e protocolos programáticos segundo referências oficiais adotadas pelo SUS
6. Mecanismos gerenciais de fortalecimento do trabalho em equipe
7. Valorização de ações de planejamento e avaliação
8. Frequência esperada – segundo a opinião dos especialistas, literatura e ocorrência nos município da região de Bauru (segundo questionário teste - QII)

Esses critérios orientaram a definição da pontuação de cada questão, procurando-se manter o foco avaliativo na coerência entre a estrutura e os

processos desenvolvidos e o projeto médico sanitário que representam, desde a formulação das questões até sua pontuação e tradução como indicadores de qualidade.

Os questionários são compostos por questões de múltipla escolha com duas formulações distintas: as que admitem como resposta a escolha de uma única alternativa e as que possibilitam a escolha de várias alternativas. Em ambos os casos há questões descritivas e questões pontuadas.

Em linhas gerais, a pontuação seguiu o seguinte padrão:

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 esperado.

2 (dois) – executa a ação ou tem disponibilidade de recursos segundo o melhor padrão possível para momento atual da rede básica.

Para a formulação de indicadores de qualidade, foram selecionadas as questões pontuadas do questionário, definindo-se indicadores. Em relação à análise dos dados de 2007 e 2008, foi realizada a comparação da evolução dos indicadores classificados através dos questionários aplicados neste período e a descrição das questões abertas.

Todas as atividades foram previamente agendadas. Os sujeitos foram consultados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação, mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo XXII).

Quadro I: Indicadores de Qualidade de Serviços de Atenção Básica e correspondente Questão ao Questionário QualiAB anos 2007 e 2008.

Indicadores de Qualidade
Q03 Definição da área de abrangência
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade
Q09 Exames realizados na Unidade
Q10 Exames colhidos na Unidade
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade
Q15 Dados que possuem registro de rotina
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade
Q22 Condutas para pacientes não agendados
Q24 Proporção entre consultas médica agend. cons. médica de pronto atendimento
Q25 Agendamento de consultas médicas
Q26 Atividades na sala de espera
Q27 Avaliação de resultado de exames
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade
Q32 Ações planejadas de saúde da mulher
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama
Q37 Critérios para solicitação de mamografia
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes
Q44 Revisão pós-parto imediata
Q45 Revisão pós-parto tardia
Q47 Ações planejadas de saúde da criança
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes
Q54 Ações planejadas de saúde do adulto
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica para adultos
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente

Indicadores de Qualidade
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST
Q64 Dispensação de rotina de preservativos
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)
Q66 Critérios para atendimento odontológico
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem
Q74 Carga horária do gerente
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)
Q77 Pautas das reuniões (último ano)
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da unidade (último ano)
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários

Fonte: Questionário QualiAB (CASTANHEIRA, 2007)

4. RESULTADOS

Apresentaremos a seguir, as características gerais das unidades básicas de saúde do município, tendo como referência a proposta e o diagnóstico realizados no início da gestão em 2005, e a avaliação das unidades nos anos de 2006, 2007 e 2008, procurando destacar as alterações identificadas nas dimensões de estrutura, organização da assistência e organização da gerência.

4.1 - A Gestão da Saúde em 2005: As propostas

Avaliar a evolução da qualidade da atenção básica em Bauru requer um reconhecimento das propostas do Município para a nova gestão, bem como do processo de mudança iniciado em 2005, para que se possa melhor qualificar a atenção realizada pelos serviços de atenção básica.

Em 2005, a Atenção Básica do Município era composta por 20 serviços, 19 deles os mesmos que foram implantados 15 anos antes, pois não houve durante esses anos a sustentabilidade das inovações implementadas, com uma progressiva fragilização da rede básica.

A nova gestão municipal criou condições de reavaliação desse processo, assumindo o resgate da Atenção Básica como uma das prioridades do governo, iniciando assim inúmeras ações para esta reconstrução. Para esse processo de mudança foi necessária a implantação de medidas político-administrativas e ações específicas diretamente sobre as unidades de saúde em busca da melhoria da atenção prestada.

A Secretaria Municipal de Saúde iniciou a elaboração de propostas de reestruturação técnico-administrativa logo no início da gestão, visando a reestruturação do sistema municipal a partir de novas formas de responsabilidades. O modelo de gestão vigente em 2005, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde, era a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. (BAURU, 2006).

As ações executadas em 2005, primeiro ano de governo, segundo o Relatório de Gestão, foram: planejamento; organização e avaliação dos serviços de saúde da atenção básica; participação na programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a direção regional, quanto ao Pacto de Indicadores de Saúde e Programação Pactuada Integrada; execução ações básicas de Vigilância Epidemiológica, de controle de zoonoses e ações de Vigilância Sanitária e saúde do trabalhador; execução de política de insumos e equipamentos para a saúde; realização do controle da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, da saúde da criança, da saúde da mulher, da tuberculose, da hanseníase e da saúde bucal; cadastramento nacional dos usuários do SUS; avaliação do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, incluindo o cumprimento da pactuação dos indicadores de saúde da atenção básica (BAURU, 2006).

Além das ações executadas pelo município descritas no relatório de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou aos seus servidores diversos cursos, seminários, jornadas, participações em congressos, com vistas ao aprimoramento de suas atividades e crescimento profissional, entre eles, o Curso de Aprimoramento de Gestão no SUS, destinado aos diretores de divisão e gerentes das unidades, totalizando 13 módulos durante 18 meses.

Em relação à informatização, houve a implantação de um projeto piloto iniciado em uma unidade básica de grande porte com objetivo de ser ampliado para toda rede, o que não ocorreu, pois após inúmeras tentativas de viabilizar o projeto este não foi concretizado em nenhuma unidade de saúde.

Neste período houve a elaboração do projeto acolhimento na rede básica de saúde, com o objetivo de ser uma das ferramentas para reorganização do processo de trabalho, visando à melhoria do acesso, a equidade, a resolutividade, a integralidade da atenção e a humanização da assistência, através da escuta sistematizada (Bauru, 2006).

4.2 - O Diagnóstico da Rede Básica segundo a Equipe Gestora e Gerentes das Unidades.

Um dos propósitos da avaliação é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde e as conseqüências e efeitos da implantação e implementação das políticas. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação possibilita que se preste contas à sociedade das opções dos gestores a partir da análise de seus processos e resultados (Brasil 2005b).

Em 2006 com a inserção do município de Bauru na Pesquisa “Avaliação da Gestão da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”, na qualidade de município piloto, iniciaram-se os primeiros estudos e aplicação de instrumentos para conhecer e avaliar como estavam organizados os serviços de atenção básica no município.

Esta Pesquisa obteve apoio da Prefeitura Municipal e da Secretária da Saúde para ser piloto na construção de instrumentos de avaliação da Atenção Básica. O Município almejava mudanças organizacionais e estruturais na rede de saúde pública, necessitando de uma avaliação institucional para a efetivação desta proposta de mudança.

Durante o período de gestão estudado houve dois secretários municipais de saúde. O primeiro no período de 2005 a 2006 e o segundo de 2006 a 2008.

Em 2006, segundo a percepção da equipe de gestão do nível central da secretaria e dos gerentes das unidades os principais problemas da rede de atenção primária eram os seguintes:

- Desarticulação entre os serviços de saúde, ou do Sistema da Saúde, dentro do município;
- A identificação de médicos que trabalhavam na lógica do prestador e não na lógica dos usuários;
- Políticas de incentivo financeiro para os profissionais e serviços de urgência/emergência, como um estímulo à inversão do modelo;

- Serviços de urgência e emergência como a principal porta de entrada para o sistema;
- Dificuldades de acesso para a demanda espontânea ao lado de programas de saúde burocratizados;
- Baixa resolutividade nas consultas gerando um modelo oneroso, com baixa qualidade. (CASTANHEIRA, 2006).

Os problemas apontados pareciam ser comuns a outras realidades. Segundo Campos (2008), nos grandes centros urbanos e não somente neles, o acesso da população à atenção primária ainda ocorre, em grande parte, por meio de prontos socorros, hospitais e prontos atendimentos, tal como apontado no município de Bauru.

Em entrevista, a gestora municipal de saúde apresentava conhecimento e clareza das dificuldades encontradas no município apontando como principais problemas:

“Falta de compromisso dos que prestam assistência direta nas unidades, desarticulação do Sistema da Saúde, falta de profissionais em diversas áreas, modelo centrado na figura do médico, médicos que não trabalham na “lógica dos usuários”, baixa resolutividade, não cumprimento de horário médico e dificuldade de enfrentamento dessa situação, modelo oneroso e de baixa qualidade, usuários com expectativa de atendimento médico imediato, dificuldade de aceitação de mudanças por parte dos usuários: “A gestora destaca...vai ser uma coisa difícil da comunidade aceitar, desfocar da figura do médico, (para a) equipe multidisciplinar, isso, vai ser difícil, quando formos implantar o projeto de acolhimento”, predomínio da oferta de serviços para atendimento à demanda espontânea (prontos socorros e unidade mista) em relação à oferta assistencial da rede básica”(CASTANHEIRA, 2006).

Além das dificuldades, o gestor destacou os projetos e propostas no início da gestão: a implantação agenda aberta, ou agendamento dos não programáticos, implantação do acolhimento, capacitação e ampliação das

equipes, implantação de central de agendamentos para consultas de especialidade, implementação da supervisão multidisciplinar das unidades; implantação de módulos de saúde por região e descentralização da vigilância em saúde. (CASTANHEIRA, 2006).

As principais características da atenção básica em Bauru, relatadas pelos gerentes foram:

- Baixa resolutividade,
- Atendimento centrado no médico,
- Alta procura dos usuários pela urgência/emergência,
- Dificuldade de acesso,
- Programas engessados,
- Baixa cobertura da área secundária,
- Demanda reprimida por consultas e exames (Castanheira, 2006).

Segundo os gerentes, para haver qualidade na Atenção Básica era necessário gerar bons indicadores, promover a satisfação da população atendida, não atender às pressas, acolher bem no conjunto da unidade, dar orientações, fazer ações não só curativas, mas também educativas e preventivas, ver o ser humano como um todo, escutar, acolher, ter acesso a exames, medicamentos e consultas especializadas, ter resolutividade, trabalhar em equipe, trabalhar em grupo, criar vínculo e ter espaço físico e número de profissionais adequados para a demanda.

No relacionamento dos gerentes com diversos Departamentos da Secretaria de Saúde, é evidenciado que existiam dificuldades, as atividades não eram integradas, não existiam fluxos e nem mecanismos de mediação e articulação.

Na avaliação dos gerentes, havia por parte da população uma valorização do modelo de atendimento centrado no médico, não reconhecendo

que os atendimentos nos serviços envolviam muitas outras ações como: grupos, realização de exames, vacinas, entrega de medicamentos.

Outra dificuldade apontada para oferecer uma adequada assistência à população estava relacionada à falta de profissionais para compor a equipe, embora houvesse entendimento e colaboração por parte da equipe, a sobrecarga de trabalho e a necessidade de exercer diferentes funções levavam os profissionais a um descontentamento. Argumentavam que os problemas enfrentados resultavam das gestões anteriores e que levava tempo para serem solucionados. No entanto, os relatos desses gerentes apresentavam uma expectativa muito grande pela gestão atual, mencionando que uma das tentativas de reorganização do sistema seria justamente a recente implantação do agendamento.

As questões em relação ao modelo de atenção básica do município foram definidas nas entrevistas e grupos focais, entre elas a inversão da assistência tendo como porta de entrada o pronto socorro, o trabalho direcionado na figura do médico, o engessamento dos programas e a pouca participação dos gerentes das unidades na construção de programas e projetos.

4.3 - A Primeira Avaliação em 2006.

Após realização das entrevistas, grupos focais e visitas nas unidades de saúde foi aplicada no município a primeira versão do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QA), composto de 136 questões de múltipla escolha, respondido pela totalidade de unidades.

Ressaltamos que em 2006, havia no município 20 unidades de saúde da atenção básica, sendo uma delas a primeira unidade de Estratégia Saúde da Família implantada, que foi incorporada em seguida em uma unidade de atenção básica tradicional. Assim, no primeiro questionário participaram do estudo 20 unidades de saúde.

O diagnóstico realizado pelo município no início da gestão, as propostas e ações elaboradas pelo gestor e a expectativa dos gerentes são semelhantes entre si. No início da gestão a rede de atenção básica estava enfraquecida, necessitando de muitas ações para seu fortalecimento as quais foram sendo construídas durante a gestão.

Veremos a seguir os resultados do Questionário (QI) aplicado em 2006, evidenciando as dimensões de estrutura, organização das ações e organização da gerência elaborada através dos indicadores de qualidade deste instrumento.

Em 2006 o questionário piloto do projeto (QI) foi respondido majoritariamente pelos gerentes e membros da equipe. As questões descritas abaixo representam as informações relatadas por esses atores naquele momento. A maioria das questões são informações objetivas, entretanto algumas abordam aspectos que representam a opinião valorativa dos respondentes, mas todas serão consideradas na descrição que se segue.

Na rede de Atenção Básica do município, em relação aos tipos organizacionais predominavam (15) unidades básicas tradicionais, (01) unidade de saúde da família, (02) unidades mistas (atenção básica e urgências), (01) unidade básica com pronto atendimento e especialidades e (01) unidade básica com especialidades. Quanto à localização, apenas uma unidade localizada na zona rural, as demais na zona urbana. Em relação à construção, 15 unidades referiram que os prédios foram construídos para serem unidades de saúde, 04 unidades foram adaptadas e uma unidade não respondeu a questão.

4.3.1 - Características de Estrutura

Em relação às características de estrutura podemos observar por meio do instrumento de avaliação que a Rede de Atenção Básica contava com uma equipe formada por profissionais médicos (pediatra, médico de saúde da família, clínico geral, ginecologista e outras especialidades), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionista, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, psicólogo, assistente social, e farmacêutico, agente comunitário, motorista, vigia e equipe de apoio auxiliar de serviços gerais, recepcionista e administrativo (Quadro 02).

Quanto às instalações dos imóveis, de um modo geral existiam precariedades em relação à estrutura física. Poucas unidades possuíam um número adequado de salas (3), tinham sala de espera com espaço físico adequado (5), número de cadeiras suficiente (4), possuíam televisão em (4), boas condições de ventilação (9) e banheiros adequados (10). Quase a totalidade das unidades possuíam bebedouro (19).

Em relação às vacinas, (17) unidades tinham o serviço disponível. Quanto aos exames realizados ou colhidos nas unidades, a maioria realizava glicemia de dedo e citologia oncótica, apenas (03) unidades realizavam o eletrocardiograma e nenhuma realizava o teste do pezinho, estes exames eram encaminhados para outros serviços.

Quadro II - Equipe de Profissionais das Unidades da Atenção Básica - 2006

CATEGORIA PROFISSIONAL	NÚMERO TOTAL DE PROFISSIONAIS
	2006
1. Médico de família	00
2. Médico clínico geral	46
3. Médico pediatra	39
4. Médico ginecologista	36
5. Médico psiquiatra	00
6. Médicos de outras especialidades	00
7. Enfermeiro	32
8. Dentista	41
9. Psicólogo	03
10. Terapeuta Ocupacional	00
11. Assistente Social	16
12. Nutricionista	16
13. Fonoaudiólogo	00
14. Fisioterapeuta	00
15. Farmacêutico	03
16. Agente Comunitário	21
17. Auxiliar de enfermagem	124
18. Técnico de enfermagem	06
19. Auxiliar de cirurgião dentista	26
20. Técnico de higiene dental	00
21. Auxiliar de farmácia	01
22. Recepcionista	40
23. Auxiliar administrativo	30
24. Auxiliar de serviços gerais	28
25. Vigia	35
26. Motorista	00
27. Outros	08
Total	551

Quanto aos medicamentos, as unidades (15) informaram que a lista de medicamentos disponíveis contemplava a maior parte das necessidades, sendo que (05) unidades relataram a freqüente falta de medicamentos.

Os métodos contraceptivos disponíveis na totalidade das unidades eram camisinha e pílula, encaminhamentos para laqueadura em (17) unidades, encaminhamento para vasectomia em (16) unidades, DIU em (14) unidades, o diafragma não era disponibilizado em nenhuma unidade.

4.3.2 - Organização da Assistência

Em relação às características da organização da assistência podemos observar que nas ações de saúde oferecidas à população pelas unidades, a maioria priorizava o atendimento aos pacientes já matriculados nos programas. Todas as unidades trabalhavam com consultas agendadas, os agendamentos em sua maioria eram realizados pessoalmente, excluindo apenas uma unidade que realizava o agendamento por telefone. As consultas médicas eram agendadas pela metade das unidades para grupo de pacientes por hora e em outras unidades no início do turno obedecendo à ordem de chegada.

Nas unidades de saúde, além do atendimento médico individual desenvolviam com maior frequência as seguintes ações: vacinação, curativos, inalação, seguidos de atendimento odontológico, consultas de enfermagem, coleta de citologia oncológica e atendimentos em grupos e sala de espera. Já as ações com menor frequência eram as atividades de prevenção na comunidade relatadas por apenas 04 unidades de saúde.

A recepção do usuário quando chegava ao serviço era realizada por diferentes profissionais em rodízio, conforme disponibilidade de pessoal. Em sete unidades realizadas por diferentes profissionais, inclusive pelas serventes.

Em relação ao atendimento da demanda espontânea, a primeira escuta dos pacientes sem consulta agendada era realizada no balcão da recepção pela totalidade das unidades.

As alternativas de atendimento mais oferecidas após este primeiro momento para demanda espontânea eram: agendamento de consulta médica, consulta de enfermagem no mesmo dia, encaminhamento para o pronto socorro e agendamento com outros profissionais da própria unidade.

Os critérios mais utilizados pela unidade no atendimento à demanda espontânea no mesmo dia da procura eram gravidade e ordem de chegada.

As demandas mais frequentes para os atendimentos não agendados eram intercorrências clínicas, término de medicação de uso contínuo,

solicitação de atestados, faltas em consultas agendadas e abandono de tratamento.

Em relação ao acompanhamento de rotina, na maioria das vezes os pacientes eram atendidos pelo mesmo médico. Em todas as unidades, os exames solicitados eram avaliados no dia da consulta médica se o paciente comparecesse. Em caso de exames alterados em (15) unidades os pacientes eram convocados para comparecer ao serviço, em (03) unidades de saúde aguardavam o dia do retorno.

Em relação à coleta do exame papanicolau, (15) unidades de saúde realizavam a coleta todos os dias, sendo o exame colhido pelos médicos em todas as unidades e também pelas enfermeiras em (14).

Em relação às ações de educação em saúde, podem-se observar que as unidades concentravam as atividades na própria unidade, com destaque para a prevenção das DST/Aids em (17) unidades, aleitamento materno (16), câncer ginecológico e prevenção de doenças com complicações cardiovasculares em (15) unidades. As atividades realizadas com menor frequência nas unidades eram em relação a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais (01) seguidos de violência, grupos de gestantes adolescentes e menopausa em (02) unidades.

Na comunidade, as ações de educação concentravam-se no tema DST/AIDS (10 unidades), seguido de aleitamento materno (7), prevenção do câncer ginecológico (6), planejamento familiar e prevenção de doenças com complicações cardiovasculares (6). Chama atenção que (07) unidades relatavam não realizar nenhuma ação educativa na comunidade. e que muitas realizavam apenas uma atividade com enfoque no tema DST/AIDS.

Quanto ao pré-natal, em (11) unidades a maioria das gestantes iniciavam o acompanhamento no primeiro trimestre, em (06) unidades no segundo trimestre e em 03 unidades relataram não ter a informação disponível.

As atividades de educação em saúde para gestantes eram realizadas em sala de espera e grupos. A consulta de revisão pós-parto era realizada nas

unidades de saúde com agendamento feito na alta hospitalar e também ao final do pré-natal. A consulta de revisão pós-parto tardia ficava pré-agendada na unidade na maioria das vezes na matrícula do bebê.

Em quase metade das unidades houve casos de sífilis congênita nos últimos três anos, dado este confirmado pela série histórica do Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde.

O primeiro atendimento do recém-nascido relatado no instrumento era o agendamento realizado na alta hospitalar pela maternidade em 19 unidades, ou quando a mãe procurasse a unidade. Cabe esclarecer neste item que no município de Bauru, os agendamentos de todos os recém nascidos sempre foram realizados pela equipe do Banco de Leite Humano Municipal, dentro da Maternidade.

Em relação à vacinação de BCG, a maioria das unidades (17) disponibilizava um dia na semana para sua realização, no entanto, em todas as unidades existiam profissionais capacitados para esta atividade.

As ações mais desenvolvidas na área da saúde da criança: apenas consulta médica em 16 unidades, orientação profissional com outros profissionais em (15) unidades, seguidos de grupos de mães em (07) unidades. Em (10) unidades eram realizados atendimentos diferenciados para casos de violência doméstica contra a criança.

O critério mais utilizado para o acesso do acompanhamento médico de rotina aos pacientes adultos era ser portador de diabetes ou hipertensão e ter qualquer demanda para seguimento médico em (12) unidades, ser portador de qualquer patologia crônica cardiovascular em (08) unidades e ser morador da área em (05) unidades.

O atendimento diferenciado para os casos de alcoolismo, violência contra a mulher eram realizados em apenas uma unidade, em (16) unidades os pacientes eram encaminhados, com a inclusão de usuários de drogas.

O acesso ao agendamento do atendimento odontológico na Unidade era realizado conforme demanda do paciente em qualquer idade em (18) unidades, de rotina para gestantes em (15) unidades e para pronto atendimento para queixas agudas também em (15) unidades. O atendimento odontológico muitas vezes ficava prejudicado em (13) unidades pela falta de materiais de uso no consultório.

4.3.3 - Organização da Gerência

Em relação às características do processo gerencial, destacamos que na maioria das unidades existiam rotinas de reuniões, em geral os assuntos referiam-se a informes, rotinas da unidade, organização do trabalho na avaliação e implantação de novas ações e atualizações técnicas. As categorias profissionais que mais participaram foram auxiliares de enfermagem, enfermeiros e chefia de enfermagem.

A maioria das unidades relatou que a localização geográfica da unidade foi planejada, porém não conheciam os critérios utilizados para o referido planejamento ou relataram não existir. Em relação à área de abrangência relataram que estava definida, no entanto, as informações em relação à população estimada não estavam disponíveis para a unidade.

As informações que com maior frequência possuíam registro sistemático na unidade eram em relação ao número de procedimentos, consultas médicas e atendimentos de grupo. Em relação aos registros sobre faltas dos pacientes apenas 05 unidades relataram possuir registro, doenças de notificação em 11 unidades e pacientes em seguimentos nos programas em 13 unidades.

A maioria das unidades realizou reciclagem e capacitação de seus profissionais no último ano, as categorias profissionais que mais participaram foram: auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Quanto à participação de profissionais em treinamentos, congressos e similares as categorias que mais participaram foram médicos, enfermeiros e dentistas.

Quanto à postura dos profissionais na unidade foi afirmado pela metade das unidades avaliadas que a maior parte dos médicos faz de rotina um atendimento dirigido as queixas dos pacientes, já em relação aos demais membros da equipe, foi relatado pela maioria das unidades que estes tem compromisso de fazer um atendimento integral aos usuários.

Em relação à avaliação das atividades assistenciais, as unidades relataram que é realizada de forma centralizada pela Secretaria Municipal de Saúde, para cumprimento de demandas ou para prestação de contas. Em menos da metade das unidades a avaliação das atividades foi realizada periodicamente para reprogramação das atividades.

Quanto à utilização dos dados epidemiológicos da região, apenas (07) utilizavam os dados epidemiológicos para o planejamento de suas atividades, e (10) unidades não utilizavam.

As principais dificuldades gerenciais relatadas foram os encaminhamentos dos usuários para outras especialidades em (20) unidades, contratação de recursos humanos de nível médio e aquisição de material permanente em (14) unidades, contratação de recursos humanos de nível superior em (11) unidades.

Na avaliação dos gerentes das unidades os perfis predominantes dos profissionais eram aqueles de boa qualidade técnica com dificuldades de comunicação com os usuários, seguidos de profissionais de boa qualidade técnica e boa capacidade de acolhimento.

Os principais obstáculos naquele momento a serem vencidos para a qualidade da atenção à saúde relatada pelas unidades foram: falta de recursos humanos, necessidade de informatização dos dados, inadequação do espaço físico, falta de política de pessoal por parte da Secretaria e Prefeitura, má remuneração dos profissionais, excesso de demanda e falta de mobilização da comunidade.

Na classificação geral em 2006, as unidades de saúde, obtiveram-se pontuações variando entre 1,49 e 0,73.

Tabela I – Média da Pontuação por Unidade 2006

Unidade de Saúde	Média
01	0,98
02	1,30
03	1,42
04	1,25
05	1,27
06	1,21
07	1,32
08	1,18
09	1,37
10	1,33
11	1,49
12	1,05
13	0,73
14	1,14
15	0,76
16	1,24
17	1,04
18	0,94
19	1,33
20	1,31

Para a construção de indicadores do (QI) em 2006, foram classificadas as questões pontuadas do questionário, totalizando 51 indicadores.

Ainda que com a ressalva de que o questionário aplicado em 2006 foi um piloto, podemos observar na Tabela II a pontuação alcançada pelas unidades segundo indicadores de qualidade. A descrição da avaliação em 2006, nas dimensões estrutura, organização da assistência e organização da gerência foi realizada através da análise de freqüência dos indicadores.

A avaliação da média das questões pontuadas (classificatórias de qualidade) obtida pelos serviços mostrou média geral de 1,17; mediana de 1,35 (mínimo: 0,20 e máximo: 1,80).

Existem coerências entre os problemas diagnosticados pela gestão e pelas equipes em 2005 com as pontuações do instrumento de avaliação (QI) em 2006. As piores pontuações referem-se a dificuldades quanto à estrutura física, materiais e de recursos humanos, organização na assistência da

demanda espontânea, agendamento de consultas médicas, atividades educativas na unidade e comunidade, registro de dados e a utilização destes para o planejamento, realização e coleta de exames, postura de profissionais e atividades na assistência.

Quanto às melhores pontuações, destacou-se o início do pré-natal, atividades educativas para gestantes, revisão pós- parto tardia, participação de profissionais em atividades de aprimoramento, atividades de rotina realizadas por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, convocação de faltosos, métodos contraceptivos disponíveis, perfil dos profissionais, existência de reuniões de equipe e pauta das reuniões.

Tabela II: Média dos Indicadores das Unidades de Saúde - (QI) 2006.

Indicadores	Média	Dimensão
Q049 Critérios para atend. demanda espontânea no mesmo dia	0,25	A
Q034 Ações desenv.unidade para seus usuários.(últimos 6 meses)	0,45	A
Q086 Tipo de atividades em instituições infantis	0,45	A
Q048 Alternativas de atendimento para demanda espontânea	0,70	A
Q041 Agendamento de consultas médicas	0,80	A
Q105 Atividades realizadas pelo assistente social	0,85	A
Q042 Profissionais que realizam recepção do usuário	0,90	A
Q106 Atividades realizadas pelo nutricionista	0,90	A
Q037 Postura dos profissionais da unidade	0,95	A
Q032 Atividades educ. em saúde na comunidade (últimos meses)	1,00	A
Q075 Casos de sífilis congênita nos últimos três anos	1,00	A
Q085 Atend. diferenciado de violência doméstica contra a criança	1,00	A
Q055 Avaliação de resultados de exames alterados	1,05	A
Q068 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	1,15	A
Q101 Atividades de rotina realizadas pelos agentes comunitários	1,15	A
Q066 Trimestre de início do pré-natal pela maioria das gestantes	1,35	A
Q095 Critérios para atendimento odontológico	1,35	A
Q031 Ações de educação em saúde na comunidade	1,40	A
Q035 Ações de vigilância epidemiológica na unidade.	1,40	A
Q084 Busca ativa de faltosos na puericultura	1,40	A
Q096 Acesso a vagas para o tratamento odontológico	1,40	A
Q016 Ações desenvolvidas pela unidade	1,45	A
Q090 Orientações dadas aos pacientes, caso não tenha medicação	1,45	A
Q070 Ativid. de educação em saúde regulares para as gestantes	1,50	A
Q088 Intervalo méd. atend na unidade para os pac. uso de insulina.	1,55	A
Q073 Revisão pós-parto tardia	1,60	A
Q103 Caracterização da consulta de enfermagem	1,60	A
Q033 Atividades de educação em saúde na unidade	1,65	A

Indicadores	Média	Dimensão
Q072 Revisão pós parto imediata	1,70	A
Q100 Ativid. de rotina realizadas pelo auxiliar de enfermagem	1,70	A
Q102 Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro	1,70	A
Q056 Convocação de faltosos em atividades agendadas	1,75	A
Q063 Exames realizados ou colhidos na unidade	0,35	E
Q006 Construção da unid. realizada por planejamento ou adaptação	1,50	E
Q076 Métodos contraceptivos disponíveis	1,80	E
Q122 Dificuldades gerenciais da unidade	0,20	G
Q135 Obstáculos a serem vencidos p. qualidade da atenção saúde	0,30	G
Q123 Fatores que dificultam a capac de atendimento na unidade	0,35	G
Q005 Critérios utilizados para o planejamento da localização	0,55	G
Q121 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,70	G
Q020 Dados que possuem registro de rotina	0,90	G
Q124 Objetivos da avaliação das atividades assistenciais	0,90	G
Q004 Planejamento da localização geográfica da unidade	1,10	G
Q107 Existência de rotina de reunião	1,40	G
Q113 Reciclagem/capacitação dos profissionais no último ano	1,40	G
Q133 Perfil predominante dos profissionais do serviço	1,40	G
Q115 Participação de profissionais em treinamentos, congressos	1,50	G
Q117 Existência de material técnico e administrativo para consultas	1,50	G
Q007 Definição da área de abrangência	1,70	G
Q083 Programa Viva-Leite na unidade	1,70	G
Q110 Pauta das reuniões	1,75	G

As propostas elaboradas pela gestão estão em consonância com as diretrizes nacionais da Atenção Básica. Veremos a seguir as propostas elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde e a evolução das ações de saúde nos anos de 2007 e 2008 através dos indicadores de qualidade do QualiAB.

4.4 - As Propostas da Saúde do Município para a Atenção Básica nos anos de 2007 e 2008.

No ano de 2007 e 2008, a Secretaria Municipal de Saúde através do seu Plano de Ações estabeleceu diretrizes para o fortalecimento e expansão da Atenção Básica como: a qualificação da Atenção Básica como porta de entrada do sistema de saúde; a valorização e qualificação dos trabalhadores; a adequação estrutural e administrativa com vistas à regionalização do

planejamento e da assistência, de acordo com as diretrizes de gestão do SUS - Pactos pelo SUS - Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006 (Bauru, 2007b). Na elaboração deste plano, adotou a metodologia ascendente e participativa, objetivando a participação coletiva através de oficinas de planejamento com a participação de membros da equipe de cada unidade. Com o embasamento teórico sobre planejamento, diretrizes do SUS, metas pactuadas com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde e da Política Municipal de Saúde, foi elaborado o diagnóstico da área de abrangência de cada unidade, priorizando os principais problemas para seu enfrentamento (BAURU, 2007).

Como parte do produto destas oficinas, destacamos as ações ligadas diretamente à atenção básica: proporcionar à população o acesso às práticas alternativas de medicina, integrar à central de agendamento a regulação de consultas e exames especializados dos serviços de referência, aprimorar o sistema de informação, implantar protocolos de enfermagem, melhorar o índice de aleitamento, reduzir a morbi - mortalidade por câncer de colo uterino, materna e câncer de mama, reduzir o coeficiente de sífilis congênita, possibilitar que todas as crianças de zero a doze anos de idade, tenham acesso à consulta médica na rede básica, reduzir o nº de internações hospitalares de crianças menores de cinco anos de idade por doenças respiratórias, reduzir a morbi - mortalidade por doenças crônico-degenerativas, aumentar a cobertura da 1ª consulta odontológica programática, aumentar a adesão dos usuários aos programas de saúde bucal da gestante e do bebê, facilitar e qualificar o acesso aos serviços odontológicos especializados, ampliar a adesão ao tratamento dos portadores de tuberculose, fortalecer a Estratégia de Saúde da Família no município, reduzir a mortalidade infantil e materna, aumentar a cobertura vacinal, implementar campanhas de imunobiológicos especiais, identificar com rapidez e precisão áreas com maior infestação do mosquito *Aedes Aegypti*, intensificar diagnósticos de cães suspeitos de LVA, reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids e de outras DST, reduzir a morbi-mortalidade e a transmissão vertical do HIV e de outras DST e estabelecer políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde (BAURU, 2007).

Além das propostas descritas acima, todas as unidades de saúde realizaram um plano de ações local, elaborado por todos os membros das equipes:

NS Bela Vista - aumentar a cobertura vacinal, aumentar a cobertura dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes.

NS Ipiranga - prevenir a dispensa indiscriminada de medicamentos sem assistência farmacêutica, diminuir o número de faltosos e abandonos nos programas de Diabetes e Hipertensão, conscientizar os adolescentes da importância da prática sexual, propiciar atendimento adequado aos acamados SUS.

NS Mary Dota - aumentar a cobertura de exame de papanicolaou na área de abrangência da Unidade, acompanhamento e tratamento adequado do paciente psiquiátrico até a alta, acompanhamento Regular dos Pacientes Portadores de Hipertensão e diabetes.

NS Centro - envolver a equipe e usuários da UBS na prevenção dos agravos mais incidentes na região, diminuir o número de crianças menores de 05 anos faltosas na vacinação, aumentar a coleta de Papanicolaou na Unidade, atendimento com escuta e solução dos problemas relacionados à demanda espontânea.

NS Vila Cardia - diminuir o número de faltosos no programa de hipertenso e diabético, aumentar a cobertura de coleta de papanicolau, atendimento especializado aos idosos estabelecendo parcerias.

NS Beija Flor - diminuir complicações decorrentes da Diabetes.

NS J. Europa - aumentar a cobertura de papanicolau, reduzir surtos de doenças de notificação na comunidade local, aumentar a cobertura vacinal, diminuir o índice de faltosos nas consultas.

NS Geisel - aumentar a cobertura de papanicolaou, diminuir os índices de dislipidemias, melhorar a saúde do adulto prevenindo as suas complicações.

NS Nova Esperança - aumentar o número de coleta de papanicolaou.

NS Octávio Rasi - diminuir mortalidade por câncer de colo de útero e mama, o número de notificações de dengue e a fila de espera em encaminhamentos.

USF Vila São Paulo - organizar a demanda do serviço, garantir a satisfação do usuário quanto aos serviços prestados, reduzir o índice de gravidez na adolescência, aumentar a cobertura vacinal dos usuários cadastrados na área de abrangência do Programa.

USF Sta. Edwirges - incrementar a política de atenção às prioridades na saúde bucal, aumentar o índice de cobertura da coleta de Papanicolaou e o índice de cobertura vacinal em crianças de 0 a 5 anos, capacitar os profissionais das equipes continuamente, aumentar o índice de vacinação em gestantes e puérperas.

NS Redentor - diminuir a mortalidade de câncer do colo do útero e mortalidade infantil, diminuir a fila de espera em encaminhamento e o índice de casos de Dengue.

Parque Vista Alegre - diminuição do índice de deslipidemia da população abrangência atendida, capacitação dos funcionários para acolhimento.

NS J. Godoy - aumentar cobertura vacinal, diminuir o índice de gravidez na adolescência, aumentar a adesão dos faltosos aos programas de saúde, aumentar a cobertura vacinal contra influenza aos idosos maiores de 60 anos.

NS Gasparini - diminuição da incidência de doenças cardiovasculares em população acima de 40 anos, aumentar cobertura vacinal em crianças.

NS Vila Dutra - orientar os usuários para utilização adequada do serviço de saúde, aumentar a cobertura de exame de papanicolaou.

NS Tibiriçá - melhorar a cobertura dos exames de Papanicolaou, aumentar a adesão ao tratamento preventivo da saúde bucal.

NS Falcão - ampliar o índice de cobertura de coleta de exame citopatológico, diminuir o índice de usuários dependentes de medicamentos, aumentar cobertura de pré-natal às gestantes.

Além das propostas de ações, as prioridades elencadas quanto às construções e reformas foram: construção do prédio para o Serviço de Regulação às Urgências - SAMU 192, reformas e ampliações das Unidades Cardia, Godoy, Falcão, Redentor, Dutra, Geisel, Mary Dota, Ipiranga, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e USF São Paulo. Em 2008, a Secretaria Municipal de Saúde inseriu a participação do controle social na discussão das metas, realizando oficinas locais, com a participação dos Conselhos Gestores das Unidades BAURU (2007 e 2008).

4.5 - Avaliação da evolução da Atenção Básica em 2007- 2008.

Apresentaremos a seguir os resultados gerais das 19 unidades básicas de saúde, conforme a descrição do conjunto das 85 questões que compõem o questionário QualiAB. Serão descritos os resultados de 2008, procurando-se identificar as mudanças ocorridas em relação a 2007, por referência às três dimensões estudadas, e como essas mudanças podem ser lidas por meio dos indicadores.

Em 2007 e 2008, as 19 unidades de Atenção Básica do município de Bauru responderam o questionário QualiAB, sendo em sua maioria respondido pelos gerentes dos serviços, e em algumas unidades com a colaboração de membros das equipes.

Na rede de Atenção Básica do município, há diversidade de tipos organizacionais, predominam as unidades básicas tradicionais que prestam assistência nas três áreas médicas básicas, pediatria, ginecologia e clínica médica, além de atendimento odontológico, de enfermagem, assistência social e nutrição. Das 19 unidades, 12 são unidades básicas tradicionais, sendo 10 localizadas em zona urbano-periférica, 02 são classificadas como unidade da Estratégia Saúde da Família, localizadas na zona urbano-periférica da cidade. O município conta ainda com 01 unidade básica com programa de agentes comunitários em saúde, 01 unidade básica com especialidades, 02 unidades

mistas de atenção básica e urgências e 01 unidade mista de atenção básica e pronto atendimento com especialidade, localizadas na zona urbano-periférica.

De acordo com os instrumentos de avaliação, os atendimentos realizados por dia na rede básica em 2008 foram de aproximadamente 4500, variando entre uma unidade maior, com 800 atendimentos diários, e uma unidade menor com 90 atendimentos. Em 2007, os atendimentos diários totalizaram aproximadamente 3240, sendo 540 atendimentos diários na unidade maior e 60 atendimentos na menor unidade. Percebemos de forma geral um acréscimo nas demandas das unidades.

4.5.1 Características de Estrutura

Em relação às características de estrutura podemos observar que a Rede de Atenção Básica conta com uma equipe formada por profissionais médicos (pediatra, médico de saúde da família, clínico geral, ginecologista e outras especialidades), enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionista, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário, psicólogo, assistente social, e farmacêutico, agente comunitário, motorista, vigia e equipe de apoio (auxiliar de serviços gerais, recepcionista e administrativo). Ressaltamos, que no período estudado não existia no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde o cargo de técnico de enfermagem, no entanto, muitos profissionais auxiliares de enfermagem já possuem esta formação o que deve ter sido considerado pelos gerentes das unidades na elaboração da resposta. Além disso, as categorias de auxiliar de farmácia e técnico de higiene bucal também não existiam no quadro da Secretaria, geralmente os profissionais que executam esta função são auxiliares de enfermagem e auxiliar de consultório odontológico. Entre os anos de 2007 e 2008, houve um aumento no quadro de pessoal de 1,98% segundo os instrumentos de avaliação (Quadro II).

Quanto às instalações dos imóveis, de um modo geral houve melhora, em função de reformas de algumas unidades, porém poucas unidades possuem um número adequado de salas (3), têm sala de espera com espaço físico adequado (5), número de cadeiras suficiente (7), pintura em bom estado de conservação (6), boas condições de ventilação (9) e banheiros adequados

(10). O acesso à informação e à informatização melhorou: 15 unidades contam com microcomputadores, acesso a internet e quadro de informações, contra 11 em 2007. Quase a totalidade das unidades possui bebedouro e televisão (18).

Quadro III – Quadro de Profissionais da Atenção Básica - 2007 e 2008

Categoria Profissional	Número Total de Profissionais		
	2007	2008	Alteração do Quadro
1. Médico de família	07	07	00
2. Médico clínico geral	40	38	-02
3. Médico pediatra	33	33	00
4. Médico ginecologista	32	34	02
5. Médico psiquiatra	00	00	00
6. Médicos de outras especialidades	12	15	03
7. Enfermeiro	39	40	01
8. Dentista	37	37	00
9. Psicólogo	04	02	-02
10. Terapeuta Ocupacional	00	00	00
11. Assistente Social	17	22	05
12. Nutricionista	14	16	02
13. Fonoaudiólogo	00	00	00
14. Fisioterapeuta	00	00	00
15. Farmacêutico	03	03	00
16. Agente Comunitário	53	53	00
17. Auxiliar de enfermagem	131	119	-12
18. Técnico de enfermagem	16	41	25
19. Auxiliar de cirurgia dentista	25	25	00
20. Técnico de higiene dental	00	02	02
21. Auxiliar de farmácia	03	00	-03
22. Recepcionista	35	26	-09
23. Auxiliar administrativo	28	33	05
24. Auxiliar de serviços gerais	36	34	-02
25. Vigia	29	24	-05
26. Motorista	05	05	00
27. Outros	06	08	02
Total	605	617	12

De acordo com o QualiAB em 2008 houve diminuição do número de unidades com a totalidade das vacinas disponíveis. Em 2007 as unidades contavam com todas as vacinas, com exceção de: rotavírus (18) e febre

amarela (18). Já em 2008, somente a Tríplice viral estava disponível em todas as unidades. As demais vacinas apresentavam a seguinte distribuição: Hepatite B, DTP, dT (dupla adulto) e Febre Amarela em 18 unidades; Rotavírus Humano, BCG, Poliomelite, Tetravalente (DTP + Hib) em 17 e Anti-rábica em 16 unidades.

Quanto aos exames realizados nas unidades, a totalidade realizava glicemia de ponta de dedo. Houve ampliação do número de unidades com eletrocardiógrafos disponíveis de 07, em 2007, para 11, em 2008. Além disso, uma unidade relatou no instrumento a realização teste rápido de gravidez e PPD.

Houve ampliação nos exames colhidos. Em 2007, somente 13 unidades referiram coleta de material para pesquisa de TB e em 15 eram colhidos os exames clínico-laboratoriais. Já em 2008, 18 unidades realizaram tanto a coleta de material para pesquisa de tuberculose como de exames clínicos e laboratoriais. A coleta de biópsias era realizada em apenas 02 unidades, com a diminuição de uma unidade em relação a 2007. A realização de citologia oncológica e do teste do pezinho foi mantida em todas as unidades.

Quanto aos medicamentos, houve melhora no fornecimento e dispensação em relação ao ano de 2007. A maioria das unidades em 2008 informaram que a lista de medicamentos disponíveis contemplava a maior parte das necessidades, e não era freqüente a falta de medicamentos.

Os métodos contraceptivos disponíveis na maioria das unidades: pílulas, preservativos e anticoncepcionais injetáveis. Houve uma redução em 2008 na pontuação geral, pois 08 unidades informaram disponibilizar anticoncepcional injetável, sendo que em 2007 (19) unidades informaram ter o insumo.

4.5.2 Organização da Assistência.

Em relação às características da organização da assistência podemos observar que nas ações de saúde oferecidas a população, os programas mais desenvolvidos nas unidades em 2007 e 2008 foram saúde da mulher, saúde da

criança e saúde do adulto em 19 unidades. Em relação à saúde bucal 18 unidades desenvolviam este programa em 2007, em 2008 17 unidades. As ações específicas da saúde do adolescente e do idoso permaneceram nos dois anos em apenas 03 e 08 unidades respectivamente.

Quanto ao tipo de agendamento oferecido pelas unidades, era priorizado o atendimento aos pacientes já matriculados. Em 2007, a proporção aproximada entre o número de consultas médicas agendadas e não agendadas na maioria das unidades (12) foram de 70% de pacientes agendados e 30% não agendados, sendo 09 unidades em 2008. Nos dois anos, 03 unidades mantiveram 60% de pacientes agendados e 40% não agendados, bem como 01 unidade sem informação disponível. Em 2007, 02 unidades agendavam 50% dos pacientes e 50% não agendados, este número ampliou para 05 unidades em 2008. Cabe ressaltar que somente 01 unidade agendava 100% dos pacientes em 2007. As consultas agendadas na maioria das unidades são utilizadas para a demanda de programas, considerando que metade das unidades em 2008 utilizou 70% das consultas para os programáticos e somente 30% das consultas para a demanda espontânea, evidenciando o grande problema de acesso para a demanda espontânea no município.

Nos dois anos comparados, a maioria das unidades agendou as consultas médicas para todos os pacientes no início do turno. Em 2007 o agendamento para grupo de pacientes por hora foi realizado em 06 unidades e em 2008 em 05 unidades. Em relação ao agendamento com hora marcada para cada paciente, este se manteve em 04 unidades. Não ocorreram mudanças significativas na evolução destes dados no período comparado.

As ações de educação em saúde na unidade que mais se destacaram nos dois anos foram: prevenção do câncer ginecológico, prevenção de DST/Aids e prevenção de doenças crônicas, doenças transmissíveis, aleitamento materno e saúde bucal. As atividades realizadas com menor freqüência nas unidades foram em relação a acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, grupos de gestantes adolescentes, grupos de menopausa. Em 2008 houve uma pequena ampliação nas ações educativas em relação

violência, tabagismo e puericultura, e uma diminuição nas ações de planejamento familiar.

Na comunidade, as ações de educação concentraram-se no tema DST/Aids, saúde bucal, prevenção de câncer ginecológico, planejamento familiar e controle da proliferação de vetores nos dois anos. As ações sobre aleitamento materno se mantiveram em 07 unidades. Cabe ressaltar que em 2008 houve uma redução das atividades na comunidade.

As atividades mais realizadas em sala de espera no período comparado foram: palestras, exposição de cartazes e panfletos educativos e apresentação de vídeos com temas de educação em saúde. A permanência da TV ligada em programas de canal aberto e outras atividades de educação em saúde foram em proporção menor. Cabe ressaltar que a discussão de temas propostos pelos pacientes foi realizada em apenas 02 unidades em 2007 e 01 unidade em 2008.

As ações de vigilância epidemiológica mais realizadas nos dois anos foram: preenchimento de ficha de notificação, atendimento dos casos, se estes procurarem o serviço e ações de educação e prevenção na unidade. Percebemos uma evolução positiva deste indicador, pois em 2007 as ações de busca ativa e atividade conjunta com a vigilância eram com menor frequência do que 2008, no entanto, existe ainda a necessidade de qualificação das ações.

No período comparado, as alternativas de atendimentos mais oferecidas para demanda espontânea entre as unidades foram agendamento de consulta médica, encaminhamento para o Pronto Socorro, consulta de enfermagem no mesmo dia e atendimento de enfermagem. Em relação ao agendamento de consulta médica no mesmo dia este se manteve em 11 unidades nos dois anos. Em 2008 houve uma diminuição em algumas opções de atendimento, entre elas, agendamento com outros profissionais da própria unidade e grupos.

Em relação à saúde da mulher, o exame de papanicolau nos dois anos foi oferecido em quase todas as unidades para todas as mulheres, sendo colhidos pelos médicos e enfermeiras. A periodicidade de oferta do exame de

papanicolau mais freqüente foi a coleta todos os dias seguidos de 02 a 03 vezes na semana. Apenas 01 unidade durante o período comparado manteve o critério de oferecer o exame a cada três anos para mulheres com dois exames anteriores normais. Houve uma melhora significativa em relação à disponibilidade de dias para o exame, bem como ao aumento de profissionais para realização de coleta. Destacamos que o aumento da cobertura do exame de papanicolau foi uma das ações mais planejadas em grande parte das unidades, porém, o instrumento de avaliação demonstra que este indicador ainda tem potencial para melhor evolução.

Tabela III – Distribuição da oferta de exame papanicolau, segundo tipo de serviço. Bauru, 2008.

35 A oferta de papanicolau é feita	Caracterização da Unidade													
	USF		UBS		PACS		UBS + ESPEC		MISTA		UBS+PA+ Espec		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uma vez por semana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%
Duas a três vezes por semana	1	50,0%	2	16,7%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	4	21,05%
Todos os dias	1	50,0%	10	83,3%	1	100,0%	1	100,0%	1	50,0%	1	100,0%	15	78,95%
Sempre que houver procura, com coleta no mesmo dia	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,26%
Uma vez por mês	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%
Não é feita na Unidade	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%
Não atende Saúde da Mulher	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,00%
Total	2	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	19	100,00%

Os profissionais que realizaram com maior freqüência o exame físico de mama nos dois períodos estudados foram os médicos ginecologistas, enfermeiras. Em algumas unidades todos os médicos durante o exame físico ou quando há queixas. Quanto à solicitação de mamografia nos anos comparados foi realizada na maioria das unidades para todas as pacientes com 40 anos ou mais. Em 2007 a solicitação do exame anual, a partir dos 35 anos,

com antecedentes de câncer de mama e a partir dos 35 anos, para mulheres com antecedentes de câncer de mama ou de ovário foi solicitada em número maior de unidades.

Quanto ao acompanhamento de rotina, na maioria das unidades os exames solicitados são avaliados quando o paciente comparece na unidade. Em se tratando de convocação de faltosos, quase que a totalidade das unidades realizam a convocação dos pacientes com vacinação atrasada, resultados de exames alterados, crianças de risco e gestantes.

Quanto ao pré-natal, nos dois anos, na maioria das unidades a inscrição é feita imediatamente, à chegada da mulher no serviço, por profissional de enfermagem, por agendamento para consulta médica e por agendamento para consulta de enfermagem. Houve uma melhora em 2008 em relação aumento de profissionais de enfermagem realizando a inscrição imediata da gestante, assim como ao início do pré-natal no primeiro trimestre. Quanto a solicitação de sorologia para sífilis e Aids durante o pré-natal, em 2007 foram solicitadas em 10 unidades duas sorologias de sífilis e Aids e em 2008 em 11 unidades. Duas unidades nos dois anos se mantiveram uma única vez a sorologia tanto para sífilis como para Aids.

Os exames solicitados com maior freqüência às gestantes nos anos comparados foram: Hemograma completo, VDRL Sorologia para HIV, Sorologia para rubéola, Sorologia para hepatite B, Toxoplasmose, Glicemia e Ultra-Som obstétrico, porém em 2007 o número de unidades que solicitavam Ultra-Som de rotina foi menor e uma unidade neste ano referiu não atender pré-natal.

As atividades de educação em saúde para gestantes foram semelhantes na comparação. Foram realizadas com maior freqüência orientações em sala de espera, distribuição de folder e panfleto e palestras. As consultas de revisão pós-parto não tiveram alterações, a maioria os agendamentos são realizados na alta hospitalar. As pré-agendadas ao final do pré-natal foram em 05 unidades em 2008 e 04 unidades em 2007. Quanto à consulta de revisão pós-parto tardia esta fica pré-agendada quando o bebê é

matriculado e na revisão pós-parto imediato nos dois anos comparados na maioria das unidades. Não houve evolução do indicador em relação às atividades de educação em saúde para as gestantes, no entanto, existe possibilidade de melhora desta ação com a intensificação dos grupos.

Em casos de diagnósticos de sífilis na gestação, o tratamento em 2007 era realizado em apenas 01 unidade, contra 08 unidades em 2008. Quanto ao encaminhamento para o serviço de referência da gestante e de seu parceiro 12 unidades encaminhavam em 2007 e 09 unidades em 2008.

Em relação às ações planejadas da saúde da criança, as pontuações se mantiveram, 09 unidades referiram desenvolver programas, 09 unidades somente algumas atividades e 01 unidade não atender pré-natal. O primeiro atendimento do recém-nascido relatado no instrumento é que o agendamento é feito pelo Banco de Leite em quase a totalidade das unidades, e em algumas realizado na alta hospitalar pela maternidade. Quanto ao agendamento do bebê este indicador se manteve nos dois anos com excelente pontuação, já a periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG necessita ser ampliada.

As ações mais desenvolvidas na área da saúde da criança se mantiveram quase inalteradas entre os anos, são elas: consulta médica, consulta de enfermagem e atendimento odontológico. As atividades com menor frequência foram grupos de mães e pais.

As atividades regularmente programadas para a atenção à criança foram em sua maioria sobre aleitamento materno, infecções respiratórias, desnutrição e obesidade. Em 2007, 01 unidade relatou não existirem ações especialmente programadas para este público, em 2008 em 03 unidades. Já em relação à violência doméstica houve um acréscimo de atividades em 2008. Quanto à participação da Unidade em instituições para crianças, em sua maioria são desenvolvidas atividades de vacinação e saúde bucal. Em 2007, 02 unidades relataram não realizar atividades fora da unidade para este público e 03 unidades em 2008.

Em se tratando de adolescentes, 09 unidades nos dois anos relataram não existirem atividades específicas para o mesmo. As atividades mais ofertadas foram orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/Aids. Orientações específicas para casos de violência doméstica não foram trabalhados em 2007 e apenas 02 unidades em 2008. As ações para este público necessitam ser planejadas e implantadas em todas as unidades.

Em relação às ações planejadas da saúde do adulto, as pontuações ficaram quase inalteradas, quase metade das unidades referem desenvolver programas, e as demais somente algumas atividades. Para os adultos as modalidades de atendimento mais ofertadas são: consulta de enfermagem, consulta médica, atendimento de enfermagem, consulta com nutricionista, atendimento com assistente social, atendimento odontológico e atividades de grupos. Somente 02 unidades referiram ter consulta com psicólogo. As ações regularmente programadas são diabetes, hipertensão, assistência a doenças crônicas não-transmissíveis, prevenção de câncer de próstata, mama e útero. O controle de tabagismo ampliou em 2008, questões sobre violência doméstica e saúde do trabalhador necessitam ser aprimoradas.

O tempo médio de espera entre o agendamento e realização de consulta médica para os pacientes adultos nos dois anos estudados foi entre um mês e quarenta e cinco dias em 09 unidades em 2007 e 07 unidades em 2008, menos de quinze dias em 05 e 06 unidades, e entre três e seis meses em 02 e 03 unidades.

Na assistência aos pacientes diabéticos e hipertensos não houve alterações nos dois anos, a maioria dos pacientes recebem orientações detalhadas sobre a dieta, treinamento para aplicação de insulinas, realizam anualmente exames clínicos laboratoriais, recebem o aparelho de glicosímetro e orientações sobre atividades físicas. Em 2007, 03 unidades relataram fazer o atendimento de rotina sem cuidados específicos e 02 unidades em 2008.

Sobre o atendimento específico do idoso, 12 unidades nos dois anos relataram que não existem atividades específicas para idosos. Desenvolvem atividades sobre climatério, orientações sobre os direitos dos idosos e

informações sobre processo de envelhecimento em poucas unidades. Apenas 01 unidade em 2008 forneceu apoio a idosos em situações asilares. Esta ação necessita de implementação em toda rede básica.

Diante de casos sugestivos de DST, são realizadas: orientação e aconselhamento sobre o uso de camisinha, aconselhamento para testagem sorológica, investigação, tratamento e encaminhamento para outra unidade nos dois períodos. O tratamento sintomático foi ampliado em 2008.

A rotina de dispensação de preservativos foi mais bem pontuada em 2007, pois o número de unidades dispensando o insumo e também fornecendo cotas para grupos diferenciados foi maior.

Quanto ao diagnóstico e orientação para casos de alcoolismo, a maioria das unidades após avaliação inicial encaminham os casos, esta conduta foi evidenciada em 2007 e 2008. Em 2008, duas unidades informaram não ter capacidade técnica para avaliação e outras duas relataram realizar o seguimento dos casos.

As mulheres em situação de violência são encaminhadas para outros serviços, na maioria das unidades. Esta atividade foi um pouco ampliada em 2008, pois 03 unidades referiram acompanhar os casos.

Abordando-se a saúde bucal, os critérios de agendamentos para gestantes e bebês, conforme a demanda do paciente, para idosos e pacientes com queixas agudas foram reduzidos em 2008. Além disso, uma unidade deixou de realizar atendimento odontológico.

As atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal quase não se alteraram de um ano para outro. Os dentistas das unidades desenvolvem ações do tipo atendimento clínico individual em todas as unidades, educação e saúde dentro da unidade na maioria delas, porém as atividades extra-muro são bem reduzidas.

As atividades de rotina realizadas pelo auxiliar/técnico de enfermagem de maior frequência nas 19 unidades são: verificação de sinais vitais - peso,

altura, temperatura, pressão arterial, orientação para coleta de exames, orientação sobre o uso da medicação, aplicação de vacina, realização de curativos e aplicações de medicamentos. Quanto às atividades de menor frequência desta categoria profissional, podemos destacar: grupos sobre outros temas específicos e coleta de papanicolau. A frequência se manteve nos dois anos pequenas alterações melhorando a pontuação em 2008.

Nas 03 unidades com agentes comunitários, estes desenvolvem todas as atividades descritas no instrumento de avaliação, entre elas: cadastramento das famílias da área de abrangência, atividades de educação em saúde, visita domiciliar, captação ativa para o pré-natal, captação ativa de crianças menores de um ano, captação ativa para vacinação, captação ativa de hipertensos e diabéticos, captação ativa para a prevenção de câncer ginecológico, captação ativa de usuários com queixas compatíveis com tuberculose e hanseníase e captação ativa de idosos acamados.

As atividades de rotina realizadas pelos enfermeiros com maior frequência são: consulta de notificação epidemiológica e enfermagem, supervisão da equipe de enfermagem e atividades administrativas.

Na consulta de enfermagem, as ações realizadas na maioria das unidades são orientações sobre o uso correto de medicação, preservativos e métodos de contracepção, além destes, coleta de citologia oncótica, encaminhamento para equipe de apoio e orientações sobre autocuidado e outras.

4.5.3 Organização da Gerência.

Com relação às características de gerência podemos observar que após intervenções de aprimoramentos, algumas ações de gerenciamento se fortaleceram, entre elas a prática de reuniões de equipe e o relacionamento com o nível central.

Quanto à área de abrangência as unidades referem que foi estabelecida por meio de planejamento em 03 unidades, na prática ou pela facilidade de acesso dos moradores de bairros periféricos em 07, em 09 não é delimitada. Ressaltamos que as 02 unidades da USF possuem área definida por planejamento.

O registro de dados e informações em saúde, os sistemas informatizados mais alimentados pelas unidades são: o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de informação do Programa do Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) e o Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHIPERDIA), seguidos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIASUS) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dado este que se manteve quase inalterado nos dois anos.

As informações que com maior frequência possuem registro sistemático na unidade são coleta de papanicolau, atendimentos e procedimentos, consultas médicas, atendimentos em grupo e vacinas realizadas. As unidades USF são as que mais registram informações. São poucas unidades que possuem registro sobre a demanda espontânea, fato que necessita de aprimoramento para planejamento das ações.

Em 2008, os dados de produção foram utilizados para o planejamento de atividades em 09 unidades, estão disponíveis, mas não são utilizados e não são do conhecimento em 04 unidades. A questão foi respondida por 17 (89,5%) das 19 unidades. Salientamos que houve uma queda na pontuação deste indicador, pois em 2007, 13 unidades utilizavam os dados de produção para o planejamento de atividades, 03 estavam disponíveis e não eram utilizados, em 03 não eram do conhecimento da unidade. Esta ação também necessita ser aprimorada pela gestão para que haja valorização da informação e planejamento das ações.

Em relação aos dados epidemiológicos da região da unidade estes eram utilizados para o planejamento de atividades em 12 unidades, estavam disponíveis, mas não eram utilizados em 02 e não eram do conhecimento da unidade em 05. Já em 2007, os dados epidemiológicos da região da unidade

eram utilizados para o planejamento de atividades em 14 unidades, estavam disponíveis, mas não eram utilizados em 03 e não eram do conhecimento da unidade em 02.

Tabela IV - Disponibilidade e utilização de dados epidemiológicos, segundo tipo de serviço. Bauru, 2008

17 Dados epidemiológicos da região	Caracterização da Unidade													
	USF		UBS		PACS		UBS + ESPEC		MISTA		UBS+PA+ Espec		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Utilizados para o planejamento das atividades	2	100,0%	8	66,7%	1	100,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	12	63,16%
Estão disponíveis, mas não são utilizados	0	0,0%	1	8,3%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	10,53%
Não são de conhecimento da unidade	0	0,0%	3	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	1	100,0%	5	26,32%
Total	2	100,0%	12	100,0%	1	100,0%	1	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	19	100,00%

Nos últimos três anos, 16 unidades referiram ter realizado estudos em relação ao perfil da demanda através de dados de programas, 06 unidades levantamento de dados sobre demanda espontânea e 04 unidades não realizaram levantamentos.

Em relação às características do processo gerencial, destacamos que na maioria das unidades o gerenciamento é realizado pelos enfermeiros, seguidos de assistentes sociais e nutricionistas com carga horária semanal de 40 horas.

O relacionamento da unidade com o nível central se dá por meio de reuniões periódicas. Na maioria das unidades as reuniões de equipe acontecem mensalmente ou em intervalos maiores. Em geral os assuntos referem-se a: organização do trabalho (94,7%), informes (94,7%), rotinas da unidade (89,4%), conflitos interpessoais (89,4%), atualizações técnicas (84,2%) e escala de pessoal (52,6%).

A maioria das unidades realizou reciclagem e capacitação de seus profissionais no último ano, as categorias profissionais que mais participaram foram: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Em 2008, foi ampliado o número de profissionais que realizaram aprimoramentos.

No último ano, as unidades relatam que a avaliação da unidade foi realizada em 11 unidades para a reprogramação das atividades e em 09 unidades para atender demandas da Secretaria Municipal de Saúde, este dado se manteve nos dois anos.

Na avaliação de 11 gerentes das unidades os perfis predominantes das equipes são de profissionais com boa qualidade técnica e boa capacidade de acolhimento e comunicação com os usuários, para 09 gerentes os perfis são de profissionais com boa qualidade técnica e dificuldades de acolhimento e comunicação com os usuários.

Quanto aos conselhos locais de saúde, no último ano, foram realizadas reuniões sobre os direitos e responsabilidades dos conselheiros em (15) unidades, problemas relativos ao atendimento em (13). Questões sobre intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e Planejamento de atividades educativas na comunidade foram em menor frequência.

Nas unidades, as reclamações de pacientes podem ser encaminhadas diretamente à direção local em (18) unidades, caixa ou livro de sugestões e reclamações em (12), diretamente ao conselho de saúde da Unidade em (09). Em (03) unidades as reclamações são realizadas pelo telefone ou através do conselho municipal de saúde.

Em relação ao trabalho na unidade, pode-se observar que os profissionais das unidades propõem em conjunto projetos de mudanças (52,6%), trabalham entrosados, buscando a interdisciplinaridade (36,8%), está desmotivada com o trabalho (31,5%), falta ao trabalho em função de doenças (21%), aderem ao projeto SUS (21%) e estão satisfeitos com as atividades desempenhadas (10,5%).

Os principais obstáculos a serem vencidos para a qualidade da atenção à saúde, relatadas pelas unidades foram: inadequação do espaço físico, necessidade de informatizar o registro de dados e falta de recursos humanos, excesso de demanda, má remuneração dos profissionais, inadequação da postura dos usuários e falta de trabalho em equipe.

Destacamos a seguir a Tabela V que demonstra a média da pontuação por Unidade em 2007 e 2008.

Tabela V – Média da Pontuação por Unidade – 2007 e 2008

Unidades de Saúde	2007	2008	Evolução
01	1,77	1,77	=
02	1,62	1,53	-
03	1,63	1,51	-
04	1,58	1,29	-
05	1,55	1,54	-
06	1,13	1,33	+
07	1,11	1,25	+
08	1,18	1,13	-
09	1,15	1,39	+
10	1,35	1,43	+
11	1,40	1,55	+
12	1,32	1,42	+
13	1,21	1,23	+
14	1,03	1,01	-
15	1,42	1,25	-
16	1,25	1,26	+
17	1,58	1,38	-
18	1,18	1,17	-
19	1,44	1,43	-

Em 2007, na média da pontuação obteve-se uma classificação geral das unidades com pontuações variando entre 1,77 e 1,03.

Em 2008, na média da pontuação obteve-se uma classificação geral das unidades com pontuações variando entre 1,77 e 1,01.

Salientamos que na comparação da média geral das unidades entre os anos de 2007 e 2008, a evolução dos índices foi pequena, onde 01 unidade manteve a mesma média, 10 unidades obtiveram médias mais baixas e 08 unidades médias mais altas. No entanto, a evolução dos indicadores de qualidade entre os anos de 2007 e 2008 (Tabela VI) possibilitou maior clareza na comparação. Esta avaliação foi descrita nas dimensões estrutura, organização das ações e organização da gerência através da análise de todas as freqüências.

Tabela VI: Média por indicador em 2007 e 2008, segundo evolução e dimensão avaliada.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	1,74	-	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,42	0,26	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,63	1,95	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	1,89	2,00	+	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	1,79	1,47	-	E
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,53	1,42	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,84	0,68	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,37	1,26	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,84	1,16	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	1,79	1,58	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	1,68	1,61	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,74	0,68	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	1,84	1,79	+	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,53	0,72	+	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	1,79	1,58	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,74	1,03	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,21	1,05	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,26	1,11	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	1,68	1,79	+	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,05	1,26	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,58	1,21	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,42	1,58	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,47	1,84	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	1,21	1,47	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,47	1,58	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	1,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	1,47	1,76	+	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,63	1,53	-	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,37	1,11	-	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	1,95	1,95	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,47	1,42	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,68	1,11	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,74	0,74	=	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realiz. cons. médica para adultos	1,61	1,42	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	1,94	2,00	+	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,67	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	1,83	1,84	+	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,63	0,58	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	0,95	1,16	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,32	1,53	+	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,16	1,26	+	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	1,95	1,63	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,05	1,05	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares /técnicos de enfermagem	1,53	1,79	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários	0,33	0,32	-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	1,79	1,79	=	A
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	1,84	1,79	-	A
Q03 Definição da área de abrangência	0,79	0,68	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,47	1,32	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	1,37	1,06	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	1,47	1,26	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,17	1,11	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	1,89	2,00	+	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,68	0,79	+	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	1,89	1,84	-	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,26	1,68	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,53	1,58	+	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da unidade (último ano)	1,26	1,32	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,05	1,16	+	G

E = Estrutura

A = Assistência

G = Gerência

Fonte: Questionário QUALIAB - 2007 e 2008.

Em 2007, a avaliação da média dos indicadores (questões pontuadas classificatórias de qualidade) obtida pelos serviços mostrou média geral de 1,36 e mediana de 1,47 (mínimo: 0,21 e máximo: 2,0).

Em 2008, a avaliação da média dos indicadores (questões pontuadas classificatórias de qualidade) obtida pelos serviços mostrou média geral de 1,38 e mediana de 1,42 (mínimo: 0,26 e máximo: 2,0).

Destacamos também as questões abertas aplicadas em dezembro de 2008 a todos os gerentes das 19 unidades.

Quadro IV - Questão Aberta: Quais as características existentes nesta unidade que pode caracterizá-la como um Serviço que atende bem a população?

CARACTERÍSTICAS POSITIVAS	QTDE DE UNIDADES
Humanização e Acolhimento	08
Vínculo Paciente e Equipe	01
Visitas Domiciliares	02
Agentes Comunitários	02
Consultas com hora marcada	02
Atendimento Globalizado	01
Quadro Completo de funcionários	03
Conhecimento da população	01
Acesso Garantido	04
Trabalho em equipe e colaboração	08
Conselho Gestor Participativo	01
Atividade Extra Muro	01
Resolutividade	05
Monitoramento dos casos	01
Educação em Saúde	01
Adesão usuários nos programas	01
Espaço físico adequado	01
Grande demanda de pessoas de outros bairros para consultas e farmácia	02
Profissionais com boa qualidade técnica, motivação e comprometimento	05
Equipe aberta a alterações e mudanças	01
Vacinação, teste do pezinho e protocolos	01

Nesta questão, segundo a visão dos gerentes, observamos que as características mais evidenciadas como um Serviço que atende bem a população foram humanização e acolhimento, trabalho em equipe e colaboração, resolutividade, profissionais com boa qualidade técnica, motivação e comprometimento.

Quadro V - Questão Aberta: Quais os principais problemas que esta Unidade enfrenta que pode caracterizá-la como um serviço que não atende bem a população?

CARACTERÍSTICAS NEGATIVAS	QTDE DE UNIDADES
Filas para agendamentos	01
Pacientes fora da área de abrangência	01
Acesso livre de pacientes na sala dos doutores	01
Falta de recursos humanos	14
Falta de consultas especializadas/exames	04
Espaço físico inadequado	08
Demora na manutenção de equipamentos	01
Falta de recursos materiais	01
Funcionários desmotivados	01
Falta de informatização	01
Desvio de função na equipe	01
Falta de oportunidade para trabalhos extra-muro	01
Falta de informação de usuários / fatores culturais	02
Falta de preparo da equipe em atender na atenção básica	02
Excesso de demanda	02
Falta de segurança / vigia	01
Grande rotatividade de profissionais e diferença salarial	01
Excesso de atividades	01
Salário precário e defasado	01
Poucas ações primárias e muitas secundárias	01
Falta de capacitações	03
Resistência de poucos servidores a uma nova política de atendimento	01

Na questão sobre os principais problemas que a Unidade enfrenta, observamos que as características mais evidenciadas pelos gerentes como um serviço que não atende bem a população foram falta de recursos humanos, falta de consultas especializadas/ exames e espaço físico inadequado.

Quadro VI - Questão Aberta:Relato de um fato marcante que exemplifique o tipo de dificuldades e/ou qualidades relativas ao **cotidiano assistencial da unidade**

Unidades de Saúde	Relato da Unidade
01	Paciente ameaçou integridade física do médico/ foi acolhido pela chefia da Unidade, virou parceiro da Unidade.
02	Abertura de vagas para pacientes fora da área de abrangência no PSF.
03	Paciente com distúrbios gástricos, exames alterados, aumento de baço, suspeita de leishmaniose. O paciente tem que ser encaminhado para PS e só depois será internado no Hospital Estadual e somente depois será realizada a investigação.
04	A falta de funcionários no atendimento a recepção e equipe de enfermagem, dificulta a qualidade do atendimento.
05	Paciente adulto com edema de glote/ Criança com mal súbito socorridas pelos profissionais de enfermagem até chegada da ambulância
06	Paciente atendido com queixa de muita coceira, sempre indo ao Pronto Socorro com suspeita de Hepatite. Foi atendido pelo médico da Unidade e internado imediatamente com risco de morte. Após 20 dias morreu de CA de fígado.
07	Pacientes de risco que precisam de medicações de alto custo/encaminhados para outras Unidades por ausência de médico clínico. Muitas vezes não são atendidos pelos profissionais de outras unidades.
08	Um dos maiores problemas para maior resolutividade aos problemas de saúde dos usuários é a fragmentação da saúde onde o usuário fica a mercê de passar por diversos lugares para tentar resolver seus problemas de saúde.
09	Qualidade: todos os profissionais médicos discutem com a enfermeira ou chefia a resolução de casos mais complicados. Facilidade com serviço de emergência quando necessário. Livre arbítrio de toda equipe para destacar e ajuda de todos para solucionar casos urgentes.
10	Pacientes que necessitam de especialistas para cirurgias em caráter emergencial, para conseguir atendimento no Hospital de Base e Estadual a equipe fica o dia todo no telefone, quando conseguimos, é uma vitória os pacientes voltam para agradecer.
11	Fato marcante que perdura há anos é a demora no agendamento de consultas de especialidades, cada vez mais a fila se prolonga e a oferta de vagas diminui e nem é oferecida.
12	Não respondeu
13	Não respondeu
14	No dia a dia vamos conhecendo os problemas do usuário e sentimos o desejo de resolver seus problemas, mas às vezes estamos de mãos atadas, dependendo de outros serviços que nem sempre pensam como a gente. Por outro lado, há outros tipos de caso como, quando chega na unidade um indivíduo que já passou por diversos locais que não conseguiu resolver seu problema e as vezes nem sempre exige muito esforço e a gente consegue.

Unidades de Saúde	Relato da Unidade
15	O mais marcante são os insultos e xingos que recebemos quando os pacientes não conseguem consulta médica, por qualquer motivo dizem que vão chamar a reportagem.
16	A grande dificuldade é o atendimento que é dispensado ao usuário, em primeiro lugar quanto ao acolhimento por falta de profissionais competentes de recepção. Falta de recursos para dar continuidade ao tratamento, falta de exames especializados como ultrassons, avaliações cardiológicas, ortopédicas, oftalmológicas para diabéticos, usuários ficam aguardando estes especialistas meses.
17	Não respondeu
18	Com a implantação do Acolhimento, pudemos através da escuta, orientação e encaminhamento diminuirmos danos devido à hipertensão e diabetes. 1º caso: paciente hipertenso com pressão muito alta, atendido pela equipe, encaminhado para internação, realizado cateterismo e angioplastia. 2º caso: paciente com queixa de dor nas pernas passou pelo Pronto Socorro muitas vezes e medicado com analgésico. Feito diagnosticado com trombose pelo médico da Unidade encaminhado para internação, realizado tratamento.
19	Uma mãe trouxe sua criança na unidade com crise respiratória grave, uma das funcionárias por falta de conhecimento técnico dispensou-a informando que não havia pediatra de plantão. Uma auxiliar de enfermagem que viu a criança adentrando voltou para procurá-la com o intuito de prestar socorro e ao perceber que havia sido dispensada correu duas quadras atrás da mãe, fazendo-a voltar. Ligou para o SAMU e iniciou o primeiro atendimento. A falta de conhecimento foi uma dificuldade e a iniciativa e responsabilidade foram qualidades

No relato das unidades sobre fatos marcantes do cotidiano assistencial, muitos gerentes descrevem vivências sobre o acolhimento aos pacientes, o que demonstra um aspecto favorável ao lidar com as dificuldades na assistência. Em relação aos problemas de gestão com a falta de funcionários, dificuldades de retaguarda às consultas e exames de especialidades, estes retratam novamente os problemas do início da gestão em 2005. Dessa forma, podemos inferir que estes últimos não apresentaram mudanças significativas no decorrer da gestão.

Quadro VII – Questão Aberta: Como você **avalia a Gestão na Atenção Básica** do Município de Bauru? Quais **ações devem ser priorizadas** na Atenção Básica hoje?

Unidade de Saúde	Relato da Unidade
01	Implantação do acolhimento em todas as Unidades de saúde. Transformação, digo, criação de novas equipes da saúde da família. Maior agilidade dos encaminhamentos para especialidades.
02	Dentro do PSF o problema encontrado na Atenção Básica é a falta de equipe para atender a Nova Bauru que faz parte do Projeto
03	Acredito que é um exemplo, pois num único serviço, disponibilizamos de vários atendimentos, teste do pezinho, curativo de alta complexidade. Porém ainda podemos melhorar muito, pois os clientes muitas vezes saem insatisfeitos, pois é necessário aguardar vagas com outros profissionais que nem sempre temos a previsão destes.....
04	Boa. Investir no profissional da UBS, oferecendo uma remuneração melhor. A questão financeira estimula a equipe.
05	Acredito que a atenção básica no município de Bauru, ainda precisa melhorar muito, invertendo a pirâmide de atendimento, dando melhores condições as unidades básicas para que os atendimentos básicos sejam realizados nas UBS, contratando mais equipes de profissionais, melhores salários das equipes, para que os mesmos após serem treinados nas UBS permaneçam nas UBS, e não se transfiram para os prontos socorros. Investir nos PSF, aumentando equipes. Contratar equipes de agentes comunitários para as UBS. Realizar parcerias com as Universidades para programas de atividades físicas junto com as UBS. Aumentar o número de UBS no município e Bauru, que vem crescendo nos últimos anos, sendo que as UBS são as mesmas há anos. Reforma das Unidades que necessitam. Constante treinamento com as equipes das UBS.
06	Acredito que nestes últimos dois anos, tivemos grandes avanços nos investimentos que foram as capacitações e recursos materiais, porém ainda temos muito a caminhar. A informatização dos serviços é primordial, a contratação de profissionais em todas as áreas, delimitação da área de abrangência, melhor comunicação entre a Atenção Básica e Urgência, atualização financeira dos profissionais.
07	De um modo geral acho que a gestão na atenção básica do município melhorou muito. Houve muita reclamação em função do aumento de atendimentos, porém as UBS são a porta de entrada, ou seja, o primeiro recurso encontrado pela população. Seria necessário montar uma equipe multidisciplinar para que o cliente tivesse seu problema resolvido na UBS de sua área de abrangência e não ter que ser encaminhado para outras instituições, priorizando assim ações de prevenção.
08	Acredito que precisamos de uma grande reestruturação no modelo atual de gestão na atenção básica do município. Temos que focar num melhor acolhimento, com pessoas treinadas e capacitadas para tal. Esse modelo focado na atenção médica tem que deixar de existir, pois acredito que as equipes multiprofissionais dos nossos serviços de saúde consigam também dar encaminhamentos e resolutividade para os problemas de saúde dos nossos usuários.

Unidade de Saúde	Relato da Unidade
09	Priorizar: 1- informatização, 2- Tirar da gestão básica o que não lhe cabe (serviços administrativos que tomam tempo), agendamento especializado. 3- Necessidade de duas equipes de trabalho, sendo uma para paciente extra (demanda espontânea) e outra para trabalho externo (prevenção, palestras, grupos, etc.). 4- Distritalizar serviços como farmácia e trabalhos de prevenção com trabalhos de grupos HAS e DM e demais programas do Ministério.
10	Péssima. Prioridades: melhoria das estruturas físicas, profissionais com qualidade para atender os usuários, melhorar a segurança. E o principal é fazer prevenção, pois hoje estamos preocupados em atender o momento (curativo) e o paciente também. A prevenção ficou no esquecimento.
11	Necessita de estrutura completa para plenitude do seu atendimento, crescemos e voltamos as vezes a estaca zero. Priorizar os atendimentos com equipe completa e multiprofissional para realização de um trabalho completo.
12	Tem de melhorar e muito. Aumentar as ações educativas e de sensibilização junto a comunidade sobre o assunto de prevenção e promoção da saúde. Aumentar a cota e oferta de consultas médicas especializadas e exames especializados, entre outros de média e alta complexidade, evitando-se demanda reprimida e tempo excessivo de espera. Priorizar ações de promoção e prevenção em saúde mental. Capacitar os profissionais médicos para atender na Atenção Básica.
13	Foi um ano de processos de mudanças e adaptações, houve um aumento da demanda de pacientes (psiquiátricos). Primeiramente deve-se adequar o número de funcionários, pois houve aumento considerável de usuários.
14	Existem muitos programas (protocolos) a serem realizados, mas não temos recursos humanos e espaço físico para um bom atendimento.
15	Precisa melhorar. Ações: Aumentar demanda de especialidades, consultas médicas, implantarem unidades de saúde da família envolvendo o município todo. Reforma e ampliação das Unidades, aumento dos salários, aumento do quadro de funcionários.
16	Como o próprio nome diz atenção Básica deixa a desejar por falta de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista) que se preocupam mais com a prevenção e promoção de saúde.
17	Regular. Ações com equipe completa, multidisciplinar.
18	Uma gestão um pouco tímida ainda, e que dá quase nenhum apoio ao funcionário da ponta (Unidade Básica). O discurso há anos é o mesmo: "Sabemos de todas as dificuldades que vocês enfrentam, mas". O que precisa ser mudado é o olhar e a mentalidade de quem fica na secretaria, embora algumas coisas parecem que vão mudar e outras melhoraram como, por exemplo, o acesso.
19	Recursos humanos, saúde mental, adequação do espaço físico, especialidades, treinamentos para toda a equipe.

As unidades avaliaram que a Gestão na Atenção Básica do Município ainda precisa melhorar. Algumas relataram que foi um período de mudanças, destacaram a importância das capacitações e aprimoramentos realizados. No entanto, descreveram algumas ações que precisam ser priorizadas como a falta de profissionais, espaço físico inadequado, má remuneração aos profissionais, necessidade de ampliação das ações de assistência e principalmente prevenção.

Pontos destacados na entrevista com o gestor ao final da gestão política em 2008.

<p><i>Principais problemas para a Gestão Municipal da Saúde e propostas e desafios para superá-los</i></p>	<p>Peso da máquina administrativa, algumas deficiências políticas, dificuldade de relacionamento com a gestão estadual e o sub - financiamento do SUS.</p> <p>A saúde precisa ter mais de autonomia, independência e um pouco mais de respeito, empoderamento do colegiado de gestão regional homogêneo, solidário e cooperativo.</p>
<p><i>Caracterização do funcionamento da Atenção Básica no Município.</i></p>	<p>Está com comprometimentos em relação ao acesso, por conta de déficit de profissionais. Esse déficit de profissional necessariamente está ligado ao sub-financiamento do SUS, a necessidade da regulamentação também emenda da constituição nº 29, um fortalecimento do colegiado, a regulação das redes de referência, de especialidades, a regulação de urgência e emergência, a retaguarda hospitalar e principalmente o fortalecimento da atenção básica.</p> <p>A atenção básica hoje existe um grande problema de acesso. A qualidade da atenção básica Bauru está bem, muito embora tenham problemas de acesso mais os indicadores de saúde demonstram que nossa atenção básica é resolutiva, mais de 87 % de resolutividade isso é muito bom.</p> <p>O sub-financiamento permeia toda essa atenção básica, principalmente com relação aos recursos humanos, educação permanente, financiamento salarial, plano de cargos, carreira e salário, interfere ainda no funcionamento da atenção básica, mas de forma geral e comparativamente ao que temos no Estado, na região e no Brasil, acho que em Bauru tem uma atenção básica boa, porém com deficiências ainda.</p>
<p><i>O papel da Atenção Básica em relação aos desafios que se colocam para a Saúde do Município.</i></p>	<p>O princípio básico e o nosso norte sempre foi tentar resgatar a atenção básica, criação de PSF, reforma e ampliação das unidades, informatização, composição de recursos humanos, isso é fundamental na atenção básica.</p> <p>Esse norte já foi dado bipartidamente, o ano que vem será um ano muito proveitoso e produtivo com relação à atenção básica, não se fará se não tiver uma participação efetiva e solidária do estado e da união. Precisamos acertar uma definição de modelo para a atenção básica no estado de São Paulo</p>
<p><i>Ações que devem ser priorizadas na Atenção Básica hoje.</i></p>	<p>As ações que priorizamos que devem ser continuadas priorizadas são baseadas em indicadores epidemiológicos e então assim nós temos hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero e mama, pré Natal, e cobertura vacinal, doenças como dengue, leishmaniose, hanseníase, tuberculose, raiva e também deve ser priorizada agora a saúde do homem e do idoso, acho que esses são as principais linhas de cuidado que nós temos que tomar conta.</p>

<p><i>Estratégias realizadas para atingir as referidas ações</i></p>	<p>Melhoria na cobertura dos indicadores, papanicolau, hipertensão, diabetes, as coberturas vacinais, pré Natal</p> <p>Reposição dos recursos humanos e qualificação maciça dos recursos humanos prá isso temos que aprovar um plano de cargos, carreiras e salários, prá isso nos temos que fazer um plano municipal de saúde 2009, onde será essencial o fortalecimento de recursos humanos ..</p>
<p><i>Interação entre os Gerentes das Unidades Básicas de Saúde e Gestor.</i></p>	<p>Essa interação sempre se deu através das reuniões dos colegiados A, B, C e uma interação sempre homogênea, pacífica e transparente, favorecemos o empoderamento desses gerentes pautando sempre dentro da ética e moralidade do SUS.</p>

Na entrevista com o gestor ao final do período estudado, observamos que uma das principais dificuldades apontadas em relação a atenção básica é o acesso, que também foi evidenciado pelos gerentes das unidades. O gestor avalia que a Atenção Básica do Município deve continuar priorizando as principais linhas de cuidado, repondo recursos humanos e qualificando as equipes.

5. DISCUSSÃO

Para a concretização e efetivação da Atenção Básica, existem múltiplas e complexas dificuldades a enfrentar, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde dá destaque para: “a fragmentação entre níveis de assistência à saúde, a priorização da alta complexidade em detrimento da Atenção Primária, a dissociação entre a equipe de planejamento e as equipes da atenção à saúde, a fragmentação dos programas e duplicidade de ações, a demanda da população por serviços de urgência e emergência, a dificuldade dos profissionais na compreensão e incorporação do conceito de Atenção Primária à Saúde na prática profissional, a existência de uma política de recursos humanos ineficiente, a predominância do paradigma biomédico, a não priorização da Atenção Primária como eixo de reorientação da assistência à saúde, a falta da estruturação da rede de serviços para atender a demanda gerada pelas equipes de Saúde da Família, a baixa cobertura das equipes de Atenção Primária nos municípios, a falta de coordenação técnica nos municípios para as equipes, a escassez de recursos humanos, o não cumprimento da carga horária pelos profissionais de nível superior e a ocorrência de processos de capacitação de forma desarticulada” (CONASS, p.9 e 10, 2004).

Muitas das dificuldades apontadas acima foram diagnosticadas pelo município de Bauru no início da gestão em 2005, apresentando um modelo de atenção Básica com baixa resolutividade, atendimento centrado no médico, alta procura dos usuários pelos serviços de urgência e emergência, programas engessados, demanda reprimida por consultas e exames e dificuldades de acesso para demanda espontânea.

A aplicação dos instrumentos de avaliação proporcionou ao município uma melhor compreensão das dificuldades diagnosticadas no início da gestão em 2005, possibilitando uma visão da organização das ações oferecidas pela rede básica e apontando de modo mais concreto as ações com necessidades de investimentos para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No município, o instrumento de avaliação, construído com a colaboração dos gerentes no início da gestão em 2005, foi socializado para lideranças que também foram colaboradores na construção do instrumento e nas demais etapas da investigação, por meio dos grupos focais, de oficinas e reuniões devolutivas de cada etapa da avaliação. A divulgação dos objetivos da pesquisa, a importância de se conhecer a realidade do município para transformá-la foi uma das ações propulsoras para a adesão de todos os gerentes na “Pesquisa de avaliação da gestão da atenção básica nos municípios de quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo”.

Desse modo, podemos afirmar que o processo de avaliação realizado no município foi incentivado pelo gestor municipal, pelos dois secretários da saúde do período estudado e pelos gerentes dos serviços, tendo como objetivo principal o conhecimento aprofundado da rede e as ações operadas nos serviços. Nesse sentido, a avaliação teve parceiros interessados (“sócios da avaliação”), criando condições para uma avaliação “responsiva”, ou seja, importante para todos os grupos envolvidos e potencialmente capaz de efetivar mudanças (NEMES, 2001).

O primeiro instrumento de avaliação aplicado em 2006 identificou problemas nas três dimensões avaliadas: na estrutura, organização da assistência e organização da gerência.

Em relação à estrutura, os poucos indicadores utilizados apontaram problemas de inadequação do espaço físico e ausência de coleta de exames laboratoriais na unidade, ao lado de boas pontuações em relação à disponibilidade de insumos para os programas como no caso da oferta de métodos contraceptivos.

Na organização da assistência, os indicadores de qualidade analisados em 2006 indicaram problemas em relação aos critérios e alternativas para atendimento a demanda espontânea, evidenciando a grande dificuldade que as unidades apresentavam para o atendimento aos usuários não inclusos em ações programáticas.

Algumas atividades assistenciais não foram bem avaliadas tanto em relação a aspectos mais organizacionais e de disponibilidade de recursos humanos - como o agendamento de consultas médicas, realizado para todos os pacientes no início do turno, e a recepção realizada por diferentes profissionais, muitas vezes em rodízio, sem a adequada qualificação para essa atividade - como em relação ao conteúdo de algumas ações oferecidas, com destaque para a baixa ocorrência de atividades educativas em atendimentos na unidade, como da nutrição e do serviço social (que restringem suas ações a aspectos profissionais mais específicos), assim como de ações de prevenção na comunidade, além do atendimento médico na maioria das unidades ser dirigido às queixas dos usuários.

No entanto, de um modo geral, a organização dos programas voltados para adultos, gestantes e crianças foram bem avaliadas, bem como as ações de prevenção realizadas dentro da unidade.

Quanto às ações gerenciais, as maiores dificuldades apontadas foram em relação ao planejamento e avaliação das atividades - a não utilização dos dados de registro de rotina e epidemiológicos e a não utilização das avaliações das atividades assistenciais para reprogramação das atividades e sim para cumprimento de demandas da Secretaria Municipal de Saúde. As unidades apontaram como os principais obstáculos a serem vencidos para a qualidade da atenção à saúde: a falta de recursos humanos e equipamentos, a má remuneração dos profissionais, a inadequação do espaço físico, a necessidade de informatizar o registro de dados e o excesso de demanda, entre os quais se destacam aspectos mais ligados à estrutura.

Em 2006, os melhores indicadores gerenciais foram: a participação dos profissionais em aprimoramentos e congressos, a existência de rotina de reuniões com definição antecipada de pauta, a disponibilidade de material técnico e administrativo para consultas na própria unidade, e o perfil predominante dos profissionais das unidades identificados pelos gerentes como sendo de boa qualidade técnica, porém em algumas unidades com dificuldades de comunicação com os usuários.

Os indicadores encontrados confirmaram alguns dos diagnósticos feitos pela gestão – as unidades apresentavam estruturas físicas inadequadas e falta de recursos humanos, centravam sua oferta nos programas tradicionais e em ações educativas dirigidas aos usuários desses programas. Mesmo para esses existiam dificuldades na realização dos exames de rotina, que não eram colhidos na maioria das unidades. A demanda espontânea era atendida de acordo com a possibilidade de encaixe. A gerência local não realizava avaliações e planejamento com dados do trabalho.

Podemos dizer que o modelo assistencial executado pelas unidades se assemelha àquele hegemônico nos anos 80 no estado de São Paulo. Nesse período, a ampliação das ações de assistência médica nas unidades de atenção primária, como parte integrante de diferentes programas, e a maior abertura à demanda espontânea, colocou em tensão o modelo sanitário tradicional dos Centros de Saúde e a necessidade de novas e mais extensivas respostas de atenção à saúde colocada pelo contexto de crise da assistência previdenciária. A resultante dessa tensão numa primeira fase foi a oferta de uma assistência do “tipo programático” com barreiras em relação à demanda espontânea, então prevista como “eventual”, ao lado de uma prática do tipo “consulta” que esvaziava o sentido tecnológico do que era o programático, nuclearmente dado pelos componentes epidemiológicos e de educação em saúde. (NEMES, 1990).

De modo semelhante ao período citado, nas unidades de Bauru mantiveram-se do “programático” apenas as barreiras à demanda espontânea, mas não seu sentido tecnológico, uma vez que o padrão “programático” desenvolvido era destituído de racionalidade epidemiológica e de práticas que buscassem uma integração entre as dimensões do cuidado individual e coletivo. Isso ficou evidenciado, não apenas pela falta de levantamentos locais e de utilização das informações para avaliação e planejamento, mas também pelos indicadores que apontam a ausência de ações preventivas e educativas na comunidade.

A avaliação realizada em 2006 confirmou várias necessidades apontadas por meio do diagnóstico inicial da gestão, conseguindo identificar

ações a serem priorizadas por meio da descrição das freqüências dos indicadores.

Em que pese o esforço de comparação entre 2007 e 2008 descrito nos resultados pudemos observar que as diferenças são pequenas, com maior expressão em indicadores isolados e que não se refletem em alterações relevantes no ranking geral. Nesses dois anos as unidades obtiveram pontuações variando entre 1,77 e 1,01 em 2008, 1,77 e 1,03 em 2007. No entanto, quando comparamos com o ano de 2006, podemos dizer que a diferença em relação a 2008 se ampliou. Embora as pontuações entre 2006 e 2008 não possam ser comparadas, pois houve alterações tanto na formulação das questões como nos critérios de pontuação, os indicadores seguem uma mesma racionalidade na definição dos critérios de julgamento o que permite a comparação das **dimensões avaliadas** e mesmo de alguns dos indicadores.

Para avaliar a evolução da qualidade da Atenção Básica passaremos a destacar os melhores resultados obtidos em 2008 em relação às dimensões avaliadas.

Em relação à **estrutura**, os indicadores melhor avaliados foram: a coleta de exames laboratoriais nas unidades de saúde, o aumento de unidades que realizavam eletrocardiograma (que passou de 07 para 11 unidades), o suprimento de medicamentos em todas as unidades, a disponibilidade de métodos contraceptivos e oferta de vacinas.

Os indicadores melhor avaliados relacionados à **organização das ações de atenção à saúde** podem ser considerados em relação a aspectos organizacionais mais gerais e quanto a aspectos relativos ao conteúdo das ações. Na perspectiva mais organizacional ganha destaque positivo:

- O tempo médio de espera entre o agendamento e a realização da consulta médica entre um mês e quarenta e cinco dias para os adultos na maior parte das unidades
- A precocidade do agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido – realizado na alta da maternidade

- A convocação de faltosos – no caso da vacinação, RN de risco, gestantes e resultados de exames alterados (embora não ocorra para outras de condições de risco).

Embora a diversidade das alternativas de oferta para pacientes não agendados tenha recebido uma pontuação média de 1,58, vale observar que essa diversidade ainda é muito centrada no agendamento – com médico ou enfermeiro – ou ao encaminhamento para o pronto socorro.

Outro ponto valorizado positivamente é o da proporção dos atendimentos entre agendados e não agendados, com a maioria dos serviços mantendo entre 30 e 40% de atendimento para demanda espontânea.

Aproximando-nos melhor do conteúdo das ações desenvolvidas observamos que os programas voltados para crianças, mulheres e adultos tendem a cumprir com as normas preconizadas, e a atenção à saúde bucal trabalha na maior parte das unidades com critérios de atendimento a diferentes faixas etárias incluindo a demanda espontânea. Com relação ao atendimento a casos sugestivos de DST quase todas as unidades realizam orientação, aconselhamento e testagem, o tratamento sindrômico é realizado em 09 unidades. Chama atenção a realização de atividades educativas em sala de espera, ainda que centrada em cartazes, palestras e vídeos (e não da problematização de temas com os usuários); e a presença de conteúdo educativo nas atividades de rotina realizadas pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Em relação à gerência as melhores pontuações: o relacionamento com o nível central por meio de reuniões periódicas, a elaboração de pautas nas reuniões de equipe, a existência de vários registros de rotina nas unidades, a ampliação de profissionais capacitados, a utilização da avaliação pelos gerentes das unidades para a reprogramação das atividades, e a carga horária de 40 horas semanais de todos os gerentes das unidades.

O único indicador mal avaliado em relação à **estrutura** foi o relativo aos exames realizados na unidade, em função da não realização de teste de gravidez em praticamente todas as unidades.

Em relação à **organização das ações de atenção à saúde**, destacamos como ações mal avaliadas na maioria dos serviços: o agendamento de consultas médicas concentrado no início de cada turno; a avaliação de resultados de exames realizada somente quando os pacientes comparecem na unidade; a periodicidade da aplicação da vacina BCG apenas de uma a duas vezes na semana. Nessa dimensão também foram mal avaliadas: as ações de educação em saúde na comunidade, inclusive as realizadas pelas equipes de saúde bucal; as ações de vigilância epidemiológica; a ausência de ações planejadas para adolescentes, idosos, uso abusivo de álcool e mulheres em situação de violência. Quanto à coleta do exame de papanicolau, a periodicidade da coleta foi bem avaliada, no entanto, foram mal avaliadas: a diversidade de profissionais que realizam a coleta - que não inclui os auxiliares de enfermagem, assim como, os critérios para oferecer o exame – por não seguirem o conjunto das normas preconizadas. A dispensação de preservativos manteve-se dirigida para a população geral, conforme demanda, não priorizando ações de orientação e aconselhamento.

As pontuações que precisam melhorar na dimensão do **gerenciamento e gestão** são: a necessidade de definição da área de abrangência das unidades e a utilização de dados assistenciais e epidemiológicos para o planejamento das ações, a periodicidade das reuniões de equipe nas unidades – atualmente mensais ou sem periodicidade definida, o aprimoramento do encaminhamento das reclamações dos usuários que são realizados por meio de caixas de reclamações ou diretamente aos gerentes, salientando que não haver sistema de ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde.

A avaliação de 2008 aponta que as unidades da Atenção Básica apresentam uma maior disponibilidade de insumos materiais do que em 2006, mantendo, no entanto, os mesmos grandes problemas, confirmados inclusive pelas questões abertas respondidas pelos gerentes – a insuficiência de profissionais e de espaço físico nas unidades.

Por outro lado o modelo assistencial mostra-se fortemente centrado na assistência de tipo programático, cumprindo em linhas gerais as normas técnicas preconizadas pelos programas. No entanto, algumas importantes contradições identificadas em 2006 ainda permanecem.

Na avaliação das questões abertas, as unidades descreveram que a Gestão na Atenção Básica do Município ainda precisa melhorar. Relataram que a gestão de 2005 a 2008 foi um período de mudanças, destacaram também a importância das capacitações e aprimoramentos realizados com as lideranças.

Um dos importantes problemas apontados pelos gerentes na assistência aos pacientes na Atenção Básica é complementação com outros níveis de assistência como a limitação de acesso a exames e consultas de especialidades gerenciadas pelo Estado, comprometendo a resolutividade, continuidade e conclusão da atenção prestada nas unidades de saúde. De fato, a capacidade resolutiva é apontada como o principal indicador de eficácia para resolver problemas de saúde e evitar danos, e geralmente é definido como os casos que tiveram atendimento conclusivo na unidade. (MADUREIRA et. al.,1989)

Para Harzheim et. al., (2006), uma Atenção Básica com incapacidade estrutural de responsabilizar-se no que se refere à amplitude de serviços e sem complementação de outros níveis de atenção não são estratégias de atenção primária à saúde. Assim, o autor salienta que é fundamental o esforço em diferenciar a atenção primária à saúde da atenção mínima à saúde.

Ao final da gestão em 2008, na visão dos gerentes, ainda havia muitos problemas a serem vencidos para o fortalecimento da Atenção Básica entre eles: a inadequação do espaço físico, a necessidade de informatização do registro de dados, falta de recursos humanos, má remuneração dos profissionais, falta de trabalho em equipe, necessidade de ampliação das ações de assistência e principalmente ações de prevenção e o excesso de demanda comprometendo a assistência à demanda espontânea.

O gestor municipal de saúde entrevistado em dezembro de 2008 reafirmou a persistência de muitas das dificuldades inicialmente identificadas ainda que tenham sido muitos os investimentos, *“na gestão o grande norte sempre foi tentar resgatar a atenção básica, criação de PSF, reforma e ampliação das unidades, informatização, composição de recursos humanos, isso é fundamental”*. Destaca que o grande problema do SUS é em relação ao acesso e ao déficit de profissionais, o que atribui ao sub-financiamento da saúde (Entrevista com Gestor em dezembro de 2008).

Para Conill (2008), dificuldades no acesso, de estrutura física, na formação das equipes, na gestão e na organização da rede se correlacionam com o baixo investimento de financiamento público e com a fraca integração dos serviços de atenção básica com outros níveis de atenção. Apesar de todos os esforços do município no enfrentamento das dificuldades da Atenção Básica percebemos que outros níveis de atenção, no decorrer dos anos, contribuíram para o enfraquecimento das potencialidades da atenção à saúde.

Outro ponto importante na avaliação dos indicadores de qualidade foi sobre a pequena utilização dos dados assistenciais, de registro de rotina e epidemiológicos pelas unidades básicas, comprometendo o planejamento local e a priorização das ações. Além destes, a área de abrangência da maioria das unidades não foi delimitada, causando dificuldades no planejamento das ações, propostas de intervenções e principalmente responsabilização e vinculação com a população.

Para Madureira (1989), uma questão difícil de ser superada, quando se realizam avaliações, é a ausência de regionalização e ou hierarquização da assistência, e a inexistência de definições quanto à cobertura populacional de cada unidade. Esse contexto faz com que os pacientes procurem vários serviços durante determinada intercorrência clínica, acumulando-se assim, efeitos decorrentes da atuação de diversas abordagens e sobrecarregando o sistema.

Cabe observar que, na década de 80 a população estimada no Município de Bauru era de 186.659 hab. (www.skyscrapercity.com, jan.2011), sendo em 2009, segundo estimativas do IBGE, de 362.813 habitantes, ou seja, um aumento de 94%. As 19 unidades básicas de saúde implantadas no município na década de 80 permaneceram as mesmas até o final da gestão em 2008, sem definição da cobertura populacional de cada unidade. Diante do crescimento populacional descrito, a estrutura dos serviços é certamente deficitária e regionalização das unidades ineficiente, o que compromete o acesso e a qualidade da atenção realizada.

Para os gerentes, as características positivas mais relatadas no desenvolvimento das ações nas unidades foram as ações de humanização, o trabalho dos profissionais com boa qualidade técnica, a motivação dos profissionais, o comprometimento, a colaboração e o trabalho em equipe. Castanheira (1996) destaca que, tão importante quanto a formação técnica dos profissionais, o adequado gerenciamento técnico do trabalho contribui para potencializar a efetividade das abordagens específicas dos vários profissionais e melhorar a comunicação entre a equipe.

Nesse sentido, embora as unidades em 2008 tenham gerentes com carga horária plena e reuniões com pautas pré-definidas o excessivo aprazamento entre elas – de um mês ou mais – certamente compromete a possibilidade de uma maior integração das equipes e de um gerenciamento técnico do trabalho.

Os gerentes relataram fatos marcantes do cotidiano assistencial evidenciando a importância e as dificuldades com o acolhimento aos pacientes. Segundo MERHY (1994) o usuário espera que a relação que possa se estabelecer entre ele e o profissional da saúde seja capaz de gerar um acolhimento que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, contribuindo na resolutividade ao seu problema, e espera que ações de saúde lhe tragam benefícios e sejam efetivas. Nesse sentido, chama atenção que a dimensão de resolutividade mais valorizada nos casos relatados é o do encaminhamento para a urgência e emergência e o do diagnóstico de casos graves sub-

diagnosticados em outros serviços da rede. Essas são dimensões importantes do potencial resolutivo da Atenção Básica, entretanto não são as únicas.

Não há dúvida que um dos estrangulamentos da Atenção Básica em Bauru é o atendimento à demanda espontânea. Em parte isso talvez se deva a um certo engessamento imposto pela burocratização dos programas, ou seja, pelo exercício de normas que quando perdem seu sentido tecnológico transformam-se em instrumentos de barreira ao livre acesso e de pouca efetividade para os fins aos quais originalmente se destinam.

A avaliação aponta que não existe a dinâmica de retroalimentação das ações pelos dados epidemiológicos e assistenciais gerados pelo próprio sistema de saúde local por meio do registro das informações, logo o processo de planejamento e reformulação das ações, se ocorre, não levam em conta as necessidades de saúde que podem ser identificadas pelos instrumentos disponíveis.

Na avaliação do município, os instrumentos utilizados foram sensíveis ao que os atores pensavam sobre a saúde no município, com questões que ultrapassavam as ações operadas na rede. O processo avaliativo possibilitou a concretização dos problemas vivenciados no cotidiano, assim como a clareza das ações que precisavam de maiores investimentos naquele momento, assim como as dificuldades para ultrapassá-las. Para Nemes 2001, a avaliação em saúde tem sido um processo que almeja julgar e explicar práticas sociais sob uma só racionalidade: a científica. Seu poder será sempre limitado, não se pode esperar dos quadros normativos que sustentam as avaliações em saúde respostas unívocas para dimensões importantes e presentes no trabalho como as interações humanas, conflitos éticos- políticos.

Os resultados analisados neste trabalho foram do conjunto de todas as unidades básicas, no entanto, cada unidade obteve uma evolução própria dos indicadores de qualidade na gestão de 2005 a 2008 com desempenhos melhores e piores. Almeida & Macinko 2006 relatam que a comparação entre as diferentes fontes de dados permite identificar aquelas unidades cujo desempenho parece ser melhor em relação às demais, assim como aquelas

práticas operacionais que, aparentemente, funcionam melhor. Da mesma forma, indicam também a necessidade de maior aprofundamento da análise e avaliação em serviços ou dimensões específicas. Este exercício será importante para cada unidade de saúde.

Os resultados deste estudo mostraram que no geral os indicadores de qualidade no Município de Bauru melhoraram, as ações operadas na rede foram sistematizadas e mensuradas pelos serviços.

No entanto, na visão dos gerentes a questão do acesso a demanda espontânea compromete intensamente a qualidade da assistência na atenção básica. Estas dificuldades geram tanto na equipe quanto nos pacientes a insatisfação na assistência e resolutividade prestada. Para Silva e Alves (2007), um aspecto importante é a não retaguarda necessária para garantir à atenção básica a capacidade de enfrentar efetivamente uma série de situações e agravos. São sérias as limitações para exames laboratoriais e radiológicos ou para apoio nas áreas de reabilitação, saúde mental e outras, indispensáveis para a continuidade da atenção. Um serviço que não consegue assegurar esse tipo de apoio acaba se desmoralizando. Muitas pessoas preferem procurar os serviços de urgência, pois sabem que o acesso a esse tipo de retaguarda será menos complicado.

Para Silva e Alves, (2007) “*o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais*”. Os autores salientam que modelo assistencial é a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.

O modelo de atenção básica em Bauru no período estudado, segundo os indicadores de qualidade e na visão dos gerentes, está indicando que apesar dos investimentos realizados, os serviços de urgência e emergência ainda atendem grande parte dos pacientes que deveriam estar sendo assistidos pela atenção básica. Por outro lado, chama atenção a dificuldade da maioria dos gerentes em apreciar os problemas mais diretamente vinculados à

dinâmica e organização do trabalho da própria unidade, uma vez que quando perguntados a esse respeito tendem a apontar as ineficiências do sistema - falta de referência, de acesso a exames e especialidades; e da gestão - salários, reposição de recursos humanos, falta de estrutura das unidades. Sem minimizar a importância dessas dificuldades nem sua legitimidade, chama atenção que poucos gerentes enfrentaram a questão com foco nas dificuldades da própria dinâmica de funcionamento e organização interna da unidade.

Ao final do processo avaliativo, alguns gerentes no relato das questões abertas, demonstraram uma insatisfação sobre a estrutura e qualidade da atenção básica do município, outros consideraram positivas as ações desenvolvidas no período e demonstraram expectativas para o desenvolvimento futuro. Para Nemes 2001, a definição de “resultados esperados” sempre será um consenso provisório, isto vale para qualquer programa, pois lidam imediatamente com sujeitos. As várias respostas encontradas devem ser revistas também como argumento do diálogo entre o sujeito-serviço ou programa de saúde e os demais.

A participação dos atores e usuários em avaliações é destacada por Uchimura et. al. (2002) com importância, pois relata que uma investigação que pretenda desvendar um objeto de natureza qualitativa deve, obrigatoriamente, prever a utilização de uma estratégia que permita a apreensão dos sentidos dos fenômenos, respeitando sua complexidade, riqueza e profundidade.

A melhoria da qualidade requer o envolvimento dos gestores, usuários e profissionais, para isto torna-se necessário priorizar o processo de trabalho, vínculos, estímulos aos compromissos pactuados. É fundamental proporcionar maiores investimentos em capacitações e processos de educação continuada. Assim, salienta Cazarin e Mendes, (2010) que a avaliação é muito útil no sentido de apontar caminhos para a melhoria da qualidade, mas não pode responder a todos os questionamentos, pelo contrário, os resultados podem gerar novas questões avaliativas.

Melchior et.al.(2006) relata que é na operacionalização das ações nos serviços que as políticas transformam diretrizes em trabalho, em cujo processo

se define a qualidade da assistência prestada. A efetivação positiva desse processo depende do compromisso dos gestores locais.

Os instrumentos de avaliação proporcionaram a apropriação pelos gerentes, das ações desenvolvidas na rede de atenção básica, enfatizando as necessidades de mudança. Este exercício contribuiu para novas ações que foram sendo desenvolvidas no decorrer do período.

“É inegável que, em última instância, os processos avaliativos, ao promoverem o debate teórico e o exercício de metodologias e instrumentos de avaliação, contribuem para o avanço do processo de conhecimento per si, conjugando evidências empíricas e pressupostos teóricos, produzindo novos saberes cujos efeitos se situam para além dos muros dos sistemas e serviços de saúde” (BRASIL, 2005b).

Faz-se necessário que os processos de avaliação dos serviços continuem sendo um instrumento de mudança e transformação das práticas operadas no cotidiano, assim como na formulação de políticas públicas. Benevides, (2010) destaca que o aperfeiçoamento contínuo dos serviços e programas de saúde inclui a avaliação da qualidade como importante instrumento para a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

O processo de mudança da atenção básica no município foi percebido através da evolução dos indicadores de qualidade na organização das ações nas diversas dimensões. Outras ações de gestão local poderão ser aprimoradas com a organização dos processos de trabalho. No entanto, questões estruturais e de recursos humanos para ampliação do acesso, de planejamento das ações de assistência através da utilização de indicadores assistenciais, epidemiológicos e de área de abrangência, e a responsabilização concreta das ações de outros níveis de atenção à saúde ainda serão desafios a serem enfrentados pela gestão municipal na qualificação da Atenção Básica em Bauru.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar de um processo de avaliação traz mudanças importantes para os serviços, promove a reflexão das suas potencialidades e fragilidades.

As avaliações dos serviços estimularam processos de mudanças, pois no exercício de auto-avaliação houve o envolvimento das lideranças no projeto de saúde do Município.

Os instrumentos de avaliação utilizados neste estudo permitiram contextualizar a rede de atenção básica do município de Bauru, contribuindo na construção do diagnóstico e análise dos indicadores de saúde no decorrer da gestão.

Refletindo sobre as questões apresentadas na década de 80, percebemos que a gestão da época realizou um esforço para criar junto com os trabalhadores formas de organizar e gerir os novos serviços, pois naquele momento estavam se construindo novas maneiras de produzir saúde. Chama a atenção que a demanda de atendimentos nos núcleos de saúde era prioritariamente espontânea, e o processo de trabalho tinha como foco as necessidades dos usuários, o que ao final da gestão em 2008 foi um dos problemas evidenciados no município.

Após 15 anos, com o início da nova gestão, o município de Bauru iniciou o processo de reestruturação de sua rede de saúde tentando resgatar e implementar os serviços existentes.

Na proposta política de reconstrução, inúmeras ações foram sendo realizadas, entre elas a participação das unidades de saúde no processo de avaliação.

A avaliação da atenção básica através dos instrumentos de avaliação aplicados em 2006 apresentou uma rede de atenção básica fragilizada, destacando-se o trabalho na lógica do prestador e não dos usuários, a inversão do modelo, a falta de políticas de incentivo financeiro para os profissionais da atenção básica, dificuldades de acesso aos pacientes em função de programas

engessados, baixa resolutividade nas consultas, baixa cobertura da área secundária, demanda reprimida por consultas e exames e pouco envolvimento da atenção básica na elaboração de programas e projetos. Destacamos também outras questões como a estrutura física comprometida, déficit de profissionais, ausência de acolhimento, gerentes despreparados e falta da missão definida na atenção básica.

Durante o processo de avaliação da gestão, iniciativas de reconstrução foram sendo realizadas, ampliando-se as ações operadas na rede.

No entanto, alguns desafios ainda precisam ser superados entre eles a dificuldade de acesso da demanda espontânea. Ressaltamos que parte desta demanda identificada vai à busca de receitas, medicamentos e consultas de especialidades, o que reflete a inadequação e a escassez na oferta de diferentes opções de assistência para a unidade, além das dificuldades com outros serviços da rede especializada estadual.

Uma questão importante para a reorganização da Atenção Básica é a falta da definição da área de abrangência comprometendo o planejamento, o desenvolvimento das ações e a vinculação com os usuários. Além disso, os mais simples e tradicionais indicadores de avaliação como os dados de rotina, produção assistencial e dados epidemiológicos não são utilizados pelos serviços, comprometendo também o planejamento das ações.

A reorganização do processo de trabalho, a ampliação das opções de assistência à demanda espontânea, a ampliação da rede, o fortalecimento das ações desenvolvidas e o acesso a exames e consultas de especialidades poderão ampliar e melhorar a qualidade da atenção.

Na comparação da evolução dos 62 indicadores de 2007 e 2008, foi constatado que em 2008 27 indicadores diminuíram a pontuação, 27 indicadores aumentaram a pontuação e 08 indicadores permaneceram iguais nos dois anos com pontuações positivas e negativas. Em diversos indicadores existem diferenças tão tênues que dificultaram a comparação dos instrumentos

nos anos de 2007 e 2008, no entanto, esta evolução se evidencia se observamos a evolução com os indicadores e 2006.

Na avaliação dos do QualiAB foram utilizadas as médias gerais dos indicadores de qualidade para análise da evolução da atenção básica no município. No entanto, cada unidade teve sua evolução própria que não foi analisada neste trabalho de mestrado, porém são importantes para avaliação de cada serviço e ajudará o município a planejar as ações locais para a melhoria das ações.

Analisando as questões abertas respondidas no final da gestão em dezembro de 2008, percebemos que muitas das propostas do início da gestão não foram contempladas na visão dos gerentes. As unidades continuavam com problemas em relação às filas, dificuldades de acesso aos pacientes de demanda espontânea, falta de profissionais, estrutura física comprometida, falta de consultas especializadas e exames, falta de informatização, falta de preparo da equipe e distorções salariais.

“Acredito que a atenção básica no município de Bauru, ainda precisa melhorar muito, invertendo a pirâmide de atendimento, dando melhores condições as unidades básicas para que os atendimentos básicos sejam realizados nas UBS, contratando mais equipes de profissionais, melhores salários das equipes, para que os mesmos após serem treinados nas UBS permaneçam nas UBS, e não se transfiram para os prontos socorros. Investir nos PSF, aumentando equipes. Contratar equipes de agentes comunitários para as UBS. Realizar parcerias com as Universidades para programas de atividades físicas junto com as UBS. Aumentar o número de UBS no município e Bauru, que vem crescendo nos últimos anos, sendo que as UBS são as mesmas há anos. Reforma das Unidades que necessitam. Constante treinamento com as equipes das UBS”. (Gerente - Unidade 05)

Quanto à visão do gestor no final da gestão política, também relata os mesmos problemas evidenciados pelos gerentes, entre eles problemas de acesso, estrutura, déficit de profissionais no município, além da dificuldade em relação às demandas de consultas e exames de especialidades de responsabilidades do Estado.

No relato das unidades os gerentes citam aspectos positivos no desenvolvimento das ações como humanização, vínculo, trabalho em equipe, atendimento globalizado, acesso garantido e acolhimento. E o gestor destaca na equipe de gerenciamento o comprometimento de muitos com a saúde pública.

Nesta Pesquisa, a Rede de Atenção Básica do Município apresentou uma evolução variando em indicadores que melhoraram e outros que precisam de mais investimentos. Percebeu-se através das questões abertas que as gerências mostraram um maior envolvimento e clareza dos objetivos e necessidades da rede básica de saúde.

Os instrumentos de avaliação possibilitaram um retrato da rede Atenção Básica em diferentes momentos durante a gestão. A comparação entre os anos de avaliação evidenciaram a evolução das ações operadas na rede. No entanto, apesar dos investimentos técnicos e administrativos da gestão para qualificação das ações, muitos indicadores não atingiram um padrão de qualidade esperado para a atenção básica de acordo com o instrumento aplicado.

Dessa forma, diante da diversidade e amplitude das informações obtidas por meio dos instrumentos de avaliação, o QualiAB além de orientar as ações a serem desenvolvidas em cada serviço nos faz refletir a respeito de toda rede de atenção básica, fornecendo ao município indicações em relações as ações que necessitam de mais investimentos técnicos, administrativos e financeiros.

Como observamos na literatura, os processos de avaliação são contínuos, com instrumentos que colaboram para evolução dos serviços. Penso que os resultados do município devam ser socializados em toda a rede de saúde, identificando os indicadores com melhores e piores pontuações, para que cada serviço tenha um olhar especial para a evolução de suas ações de saúde e as necessidades de mudanças. Segue anexa a evolução de cada unidade.

A pesquisa possibilitou-me um novo olhar na saúde do Município de Bauru e a compreensão de questões vivenciadas por atores que participaram do momento da construção da rede básica na década de 80. As ações de saúde se fragilizaram no decorrer do tempo comprometendo um Projeto que deveria ser único não só na concepção, mas principalmente na sua sustentação.

Novos atores se somaram durante os anos, estes não fizeram parte daquela história, mas com certeza desejam também continuar a construí-la. Acredito que não só a falta de investimentos e vontade política fragilizou o sistema de saúde de Bauru, mas talvez a missão da construção coletiva entre os trabalhadores da saúde, tão exercitada nos anos 80 tenha se perdido.

Após tantos anos, o momento político proporcionou uma nova possibilidade para a reconstrução, em outro contexto, com novos atores... Neste movimento é fundamental o papel da gestão em agregar gestores, profissionais, usuários, trilhando novas ações para o enfrentamento dos desafios em busca da qualidade da Atenção Básica no Município.

Não somos “donos” desta história, mas parte da construção dela em busca de melhores condições de saúde para a vida de todos!

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. F; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, agos., 2008.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde - SUS em nível local**. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, 2006.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3): 583-592, 2004.

BAKER, R.; WENSING. M; GIBIS, B. Melhorar a qualidade e o desempenho da Atenção Primária. In: **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia**. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. 1ª Ed 2006. Tradução para língua Portuguesa Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2010.

BENEVIDES, I. A; MENDES, M. Avaliação e Qualidade na Atenção Primária à Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde **Avaliação para Melhoria da Qualidade Qualificação da Estratégia Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Brasília, 2005 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Volume 4, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z. Garantindo saúde nos municípios.** 3ª edição. Brasília, 2009 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.** 3ª edição. Brasília, 2009 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010 b.

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2010-2013

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão.** 2006.

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão.** 2007a.

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão.** 2008.

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Ações**. 2007b.

BAURU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Ações**. 2007 e 2008.

BOERMA, W.G.W. Coordenação e integração em atenção primária europeia. In: **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde**: Reforma organizacional na atenção primária europeia. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. 1ª Ed 2006. Tradução para língua Portuguesa Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2010.

CAMPOS, C.E.A; PISCO, L.; SARTI, T.D. Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 5 (Supl 1): S63-S69, dez., 2005.

CAMPOS, G.W.S. Debate sobre o artigo de Conill. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008

CAPISTRANO, D.; PIMENTA, A.L.(orgs). **Saúde para todos**: um desafio ao município. São Paulo: Hucitec, 1988.

CARDOSO, S.N.M. **O Gerenciamento das Unidades Básicas de saúde do Município de Bauru**: Dificuldades e Facilidades. Dissertação de Mestrado – Universidade do Sagrado Coração, Bauru 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. A gerência na prática programática. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes- Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 222-33.

CASTANHEIRA, E.R.L., et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.

CASTANHEIRA, E.R.L., **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/aids em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho.** Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. **Avaliação da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de Saúde do Estado de São Paulo Centro-Oeste Paulista.** Relatório Científico – Fase 01- Departamento de Saúde Pública Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. 2006.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. **Relatório Científico Final da pesquisa “Avaliação da gestão da Atenção Básica nos Municípios de Quatro Regionais de saúde do Estado de São Paulo”** – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde”, 2007.

CAZARIN, G.; MENDES, M. Avaliação em Saúde: Conceitos, objetivos e abordagens. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde: conceitos, métodos e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):705-711, 2006.

CONASS. **Atenção Primária** - Seminário do Conass para construção de consensos - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2004.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Conass Progestores para entender agenda do SUS – Brasília, 2007.

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:S7-S27, 2008.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 13(1):103-107, jan-mar, 1997.

ELIAS, P.E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3, , 2006.

FELISBERTO, E. et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, set, 2008.

GIOVANELLA, L. Debate sobre o artigo de Conill. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

HARZHEIM, E. et al. 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**, 22(8):1649-1659, Rio de Janeiro, 2006.

IBAÑEZ, N., et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):683-703, 2006.

MENDES, M. CAZARIN, G.; Qualidade em Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, vol.9 nº 3 Rio de Janeiro, 1993.

MADUREIRA, P.R; et al. Avaliação da Qualidade da Atenção à Saúde na Rede Básica. **Cad. Saúde Pública**, 5 (1):45-49, jan/mar. Rio de Janeiro, 1989.

MELCHIOR,R; NEMES, MIB; BASSO, C.; CASTANHEIRA, ERL; et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública** 40(1):143-151, janeiro 2006.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos Serviços de Saúde: os Serviços de Porta Aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 3, p. 117 –160.

MINOZZO, F. et.al. **Avaliação para melhoria da qualidade na Estratégia Saúde da Família: reflexões sobre a integralidade do cuidado em saúde** Ateliê do cuidado.

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**, vol.20 supl.2, p.S147-S157. 2004.

NEMES, M.I.B .**Ação programática em saúde**: recuperação histórica de uma política de programação, in SCHRAIBER, L. (org) Programação em Saúde Hoje. pp 65-116. HUCITEC, São Paulo, 1990.

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.

NEMES MIB, CASTANHEIRA ERL ; MELCHIOR R, ALVES MTSB, BASSO CR,. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões

para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 20 Sp 2: S109-S118, 2004

POÇAS, K. C; REIS, S. Incorporando a Prática da MCQ no cotidiano das equipes de Atenção Primária à Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Melhoria contínua da Qualidade na Atenção Primária à Saúde**: conceitos, métodos e diretrizes. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PIMENTA, A.L. **Saúde de Amparo**: A construção de espaços coletivos de Gestão. Campinas, 2006. (Tese de Doutorado- Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).

QUALIAB. Disponível em : <<http://www.abasica.fmb.unesp.br/crono.php>>
Acesso em : 05 mar. 2011.

REIS, E.J.F.B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública** vol.6 nº.1 Rio de Janeiro, 1990.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SAMPAIO, L. F. R. Debate sobre o artigo de Conill. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil: debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W (editores) **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde**: Reforma organizacional na atenção primária europeia. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. 1ª Ed 2006. Tradução para língua Portuguesa Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 344p, 2010.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde. **Articuladores da Atenção Básica**: Experiências e resultados positivos. Imprensa oficial do Estado, nov,2010.

SEADE .Disponível em:<<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002.

WHO **The World Health Report 2008**: primary health care – now more than ever. Geveva, 2008. Disponível em <www.skyscrapercity.com>. Acesso em: 10 jan. 2011.

SILVA J, A. G; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz;2007. p. 27-41. Disponível em: <[www.epsiv.fiocruz.br/index.php?Area=Material &MNU=&Tipo=1&Num=26](http://www.epsiv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26)>. Acesso em: 15 jan. 2011.

Anexo I: **Unidade 1** - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	2,00	+	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	2,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	2,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	2,00	2,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	1,00	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	2,00	2,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	2,00	+	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	2,00	=	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	1,00	-	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	0,00	-	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	2,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	2,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	0,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	1,00	-	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	2,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	2,00	+	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	2,00	2,00	=	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	2,00	2,00	=	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	2,00	2,00	=	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	2,00	+	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	2,00	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	1,00	-	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	2,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	2,00	2,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários	2,00	2,00	=	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	2,00	2,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	2,00	=	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	2,00	+	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	2,00	2,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo II: Unidade 2 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	2,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	1,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	2,00	+	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	2,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	1,00	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	0,00	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	2,00	2,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	2,00	+	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	0,40	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	1,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	2,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	0,00	-	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	2,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	2,00	1,00	-	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	2,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	2,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	2,00	+	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	2,00	2,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	1,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários	2,00	2,00	=	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	2,00	2,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	2,00	=	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	.	2,00		G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	1,00	+	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	0,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	2,00	1,00	-	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo III: Unidade 3 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	2,00	+	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	1,00	1,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	2,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	1,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	2,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	1,2	+	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	1,00	-	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	1,00	-	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	2,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	1,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	1,00	-	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	2,00	1,00	-	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	0,00	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	2,00	2,00	=	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	2,00	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	1,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	2,00	2,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	1,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	2,00	+	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	2,00	2,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo IV : Unidade 4 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	1,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	1,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	2,00	1,00	-	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	1,00	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	2,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	0,00	-	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	0,00	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,20	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	1,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	1,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	1,00	-	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	1,00	-	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	1,00	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	1,00	1,00	=	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	2,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	1,00	1,00	=	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	2,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	2,00	0,00	-	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	1,00	=	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	1,00	2,00	+	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	1,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	0,00	1,00	+	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	0,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	1,00	+	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo V: Unidade 5 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	1,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	2,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	2,00	2,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	0,00	2,00	+	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	1,00	1,00	=	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,60	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	1,00	-	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	2,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	0,00	0,00	-	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	2,00	2,00	=	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	2,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	1,00	2,00	+	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	1,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	2,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	1,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	2,00	=	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	2,00	+	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	0,00	-	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo VI: Unidade 6 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	2,00	+	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	1,00	+	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	1,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	0,00	-	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	0,80	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	-	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	0,00	2,00	+	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	1,00	-	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	1,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	1,00	-	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	1,00	+	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	1,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	2,00	+	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	1,00	0,00	-	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	0,00	0,00	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	1,00	2,00	+	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	1,00	2,00	+	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	0,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	2,00	+	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	2,00	1,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	1,00	+	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	0,00	2,00	+	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	0,00	1,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	0,00	1,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo VII: Unidade 7 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	1,00	1,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	0,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	1,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	1,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	0,80	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	2,00	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	0,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	2,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	0,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	0,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	1,00	+	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	0,00	2,00	+	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	2,00	+	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	1,00	-	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	1,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	1,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	0,00	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	0,00	0,00	-	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	2,00	+	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	1,00	1,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	0,00	0,00	-	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários			-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	1,00	2,00	+	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	0,00	0,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	0,00	0,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo VIII: Unidade 8 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	2,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	0,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	1,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	1,00	1,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	1,00	1,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	1,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	1,00	2,00	+	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	1,20	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	0,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	0,00	-	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	1,00	-	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	2,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	0,00	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	0,00	-	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	1,00	-	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	0,00	1,00	+	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários			-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	1,00	-	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	1,00	=	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	0,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	0,00	-	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	0,00	-	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo IX: Unidade 9 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	1,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	1,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	2,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	1,00	2,00	+	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,60	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	0,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	1,00	2,00	+	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	2,00	+	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	0,00	1,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários			-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	1,00	2,00	+	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	2,00	=	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	1,00	2,00	+	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	2,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo X: Unidade 10 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	1,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	2,00	+	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	1,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	1,00	2,00	+	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	2,00	2,00	=	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,40	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	2,00	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	1,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	2,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	1,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	1,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	2,00	+	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	0,00	0,00	-	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	2,00	2,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	2,00	+	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	2,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XI: Unidade 11 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	2,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	2,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	2,00	+	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	2,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	1,00	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	1,00	1,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	1,00	+	A
Q26 Atividades na sala de espera	1,00	2,00	+	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	1,60	+	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	0,00	-	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	1,00	-	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	1,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	0,00	2,00	+	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	1,00	-	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	2,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	2,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	0,00	2,00	+	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	2,00	+	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	2,00	1,00	-	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	0,00	1,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	0,00	2,00	+	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários	2,00	2,00	=	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	1,00	-	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	1,00	-	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	1,00	=	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	2,00	+	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	2,00	+	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	2,00	1,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	2,00	2,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XII: Unidade 12 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	1,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	1,00	+	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	2,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	0,00	-	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	2,00	+	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	0,00	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	2,00	+	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	2,00	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	1,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	2,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	1,00	2,00	+	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	2,00	+	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	1,00	2,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	1,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	1,00	0,00	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	1,00	-	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	2,00	+	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários			-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	2,00	+	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XIII: Unidade 13 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	0,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	1,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	0,00	2,00	+	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	1,00	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,20	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	1,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	2,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	2,00	+	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	0,00	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	2,00	1,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	1,00	2,00	+	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	2,00	+	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	2,00	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	2,00	+	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	1,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	1,00	0,00	-	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	1,00	1,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	0,00	2,00	+	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	1,00	1,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	1,00	+	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	0,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 <i>Periodicidade</i> das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	0,00	1,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XIV: Unidade 14 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	0,00	0,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	0,00	1,00	+	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	1,00	1,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	1,00	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	1,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	0,00	-	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	1,00	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,20	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	2,00	+	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	2,00	1,00	-	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	1,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	1,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	0,00	-	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	1,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	1,00	-	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	1,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	0,00	-	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	0,00	-	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	0,00	-	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	0,00	-	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	0,00	1,00	+	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	1,00	1,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	1,00	1,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	2,00	+	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	0,00	-	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	0,00	2,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	0,00	-	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XV: Unidade 15 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	1,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	2,00	1,00	-	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	2,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	1,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	1,00	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	0,40	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	0,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	2,00	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	0,00	-	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	1,00	-	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	2,00	+	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	1,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	0,00	2,00	+	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	1,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	0,00	2,00	+	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	1,00	1,00	=	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	2,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	0,00	1,00	+	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	1,00	2,00	+	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	1,00	-	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	2,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	0,00	-	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	1,00	1,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	1,00	-	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	2,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	1,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	1,00	0,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	2,00	2,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	1,00	2,00	+	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	0,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	2,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XVI: Unidade 16 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	1,00	2,00	+	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	2,00	2,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	1,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	1,00	1,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	0,00	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	2,00	+	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	1,00	1,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	1,00	=	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	1,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	2,00	2,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	0,00	0,00	-	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	1,00	-	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	1,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	1,00	1,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	1,00	0,00	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	0,00	-	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica para adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	1,00	-	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	0,00	1,00	+	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	0,00	1,00	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	0,00	0,00	-	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	1,00	2,00	+	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	1,00	2,00	+	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	1,00	1,00	=	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,00	2,00	+	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da unidade (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XVII: Unidade 17 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	2,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	2,00	2,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	2,00	+	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	1,00	+	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	0,00	0,00	-	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	1,00	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	0,00	0,00	-	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	2,00	2,00	=	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	2,00	=	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,20	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	2,00	1,00	-	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	1,00	=	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	2,00	+	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	2,00	2,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	2,00	2,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	1,00	-	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	1,00	2,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	1,00	=	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica p/ adultos	2,00	0,00	-	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	2,00	2,00	=	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	2,00	1,00	-	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	0,00	-	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	2,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	1,00	-	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q09 Exames realizados na Unidade	0,00	1,00	+	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	2,00	2,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	0,00	-	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	0,00	-	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da und. (último ano)	2,00	0,00	-	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	0,00	1,00	+	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XVIII: Unidade 18 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	1,00	-	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	1,00	1,00	=	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	1,00	=	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	0,00	0,00	-	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	1,00	-	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	1,00	=	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	2,00	2,00	=	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	0,00	1,00	+	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	1,00	0,80	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	-	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	2,00	+	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	2,00	2,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	1,00	=	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	1,00	1,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	1,00	1,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	2,00	2,00	=	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	1,00	1,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	0,00	0,00	-	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	0,00	0,00	-	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	1,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	2,00	=	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	0,00	0,00	-	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	0,00	1,00	+	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica para adultos	2,00	2,00	=	A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	2,00	2,00	=	A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	2,00	2,00	=	A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	2,00	2,00	=	A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	1,00	=	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	1,00	1,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	1,00	-	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	0,00	-	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	1,00	1,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários			-	A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	0,00	-	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	1,00	=	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	2,00	=	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	2,00	2,00	=	E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	1,00	1,00	=	E
Q03 Definição da área de abrangência	0,00	0,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	2,00	=	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	0,00	0,00	-	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	0,00	0,00	-	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	0,00	0,00	-	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	1,00	-	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da unidade (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XIX: Unidade 19 - Evolução dos Indicadores anos 2007 e 2008.

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q12 Programas desenvolvidos pela Unidade	2,00	2,00	=	A
Q19 Ações de educação em saúde realizadas na Comunidade	0,00	0,00	-	A
Q20 Ações de educação em saúde na Unidade (último ano)	1,00	0,00	-	A
Q21 Ações de vigilância epidemiológica da unidade	2,00	2,00	=	A
Q22 Condutas para pacientes não agendados	2,00	2,00	=	A
Q24 Proporção entre consultas médica agend. e cons. médica de pronto atendimento	2,00	2,00	=	A
Q25 Agendamento de consultas médicas	1,00	2,00	+	A
Q26 Atividades na sala de espera	2,00	2,00	=	A
Q27 Avaliação de resultado de exames	0,00	0,00	-	A
Q28 Convocação de faltosos em atividades agendadas	2,00	1,00	-	A
Q31 Tempo médio de duração da consulta médica segundo a especialidade	2,00	1,60	-	A
Q33 Diversidade de profissionais que realizam coleta de papanicolaou	0,00	1,00	+	A
Q34 Critérios para oferecer o exame de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q35 Periodicidade de coleta de papanicolaou	1,00	1,00	=	A
Q36 Diversidade de profissionais que realizam exame clínico de mama	1,00	2,00	+	A
Q37 Critérios para solicitação de mamografia	2,00	2,00	=	A
Q38 Inscrição no Pré-natal diante do diagnóstico de gravidez	1,00	2,00	+	A
Q39 Trimestre de início do Pré-natal pela maioria das gestantes	2,00	2,00	=	A
Q40 Exames de rotina solicitados a todas as gestantes	1,00	2,00	+	A
Q41 Número de sorologias para HIV e Sífilis durante a gravidez	2,00	2,00	=	A
Q43 Atividades de educação em saúde regulares para gestantes	1,00	1,00	=	A
Q44 Revisão pós-parto imediata	2,00	2,00	=	A
Q45 Revisão pós-parto tardia	1,00	1,00	=	A
Q48 Agendamento do primeiro atendimento ao recém nascido	2,00	2,00	=	A
Q49 Periodicidade da aplicação semanal da vacina BCG	2,00	0,00	-	A
Q50 Tipos de atendimento que a criança recebe na unidade	2,00	2,00	=	A
Q51 Atividades regularmente programadas para atenção à criança	2,00	2,00	=	A
Q52 Tipo de participações regulares da unidade em instituições para crianças	0,00	1,00	+	A
Q53 Ações regularmente programadas para atenção aos adolescentes	1,00	1,00	=	A
Q55 Tempo médio de espera entre o agend. e a realização da cons. médica para adultos	.	2,00		A
Q56 Tipos de atendimentos que os adultos recebem na unidade regularmente	.	2,00		A
Q57 Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	.	2,00		A
Q58 Procedimentos em relação aos pacientes diabéticos e/ou hipertensos	.	2,00		A
Q60 Desenvolvimento de ações planejadas para saúde do idoso	0,00	0,00	-	A
Q61 Atendimento e orientação para aos casos de alcoolismo	1,00	1,00	=	A
Q62 Atendimento e orientação para mulheres em situação de violência	1,00	2,00	+	A
Q63 Consultas da unidade diante de um caso sugestivo de DST	2,00	2,00	=	A
Q64 Dispensação de rotina de preservativos	2,00	2,00	=	A
Q66 Critérios para atendimento odontológico	2,00	2,00	=	A
Q67 Atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal	1,00	1,00	=	A
Q68 Atividades de rotina realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q69 Atividades de rotina realizada pelos agentes comunitários				A
Q70 Atividades de rotina realizada pelo enfermeiro	2,00	2,00	=	A

Indicadores	2007	2008	Evolução	Dimensões
Q71 Caracterização da consulta de enfermagem	2,00	2,00	=	A
Q08 Vacinas aplicadas na Unidade	2,00	0,00	-	E
Q09 Exames realizados na Unidade	1,00	0,00	-	E
Q10 Exames colhidos na Unidade	2,00	1,00	-	E
Q59 Aquisição e dispensação de medicamentos	.	2,00		E
Q65 Disponibilidade de métodos contrac. disponíveis na unidade (últimos seis meses)	2,00	1,00	-	E
Q03 Definição da área de abrangência	2,00	1,00	-	G
Q15 Dados que possuem registro de rotina	2,00	1,00	-	G
Q16 Utilidade dos dados de produção assistencial	2,00	2,00	=	G
Q17 Utilização dos dados epidemiológicos da região	2,00	2,00	=	G
Q18 Levantamento do perfil da demanda dos usuários (últimos três anos)	1,00	1,00	=	G
Q74 Carga horária do gerente	2,00	2,00	=	G
Q75 Modo de relacionamento da unidade com o nível central (SMS)	2,00	2,00	=	G
Q76 Periodicidade das reuniões de equipe (último ano)	1,00	1,00	=	G
Q77 Pautas das reuniões (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q78 Diversidade de profissionais capacitados (último ano)	1,00	2,00	+	G
Q79 Objetivo da avaliação da unidade (último ano)	2,00	2,00	=	G
Q80 Principais temas abordados nas reun. do cons. local de saúde da unidade (último ano)	0,00	1,00	+	G
Q81 Modo de encaminhamento das reclamações dos usuários	1,00	1,00	=	G

Fonte: Questionário QualiAB anos 2007 e 2008

Anexo XX: Evolução dos Indicadores por Unidade de Saúde

Unidade de Saúde	Melhorou	Piorou	Manutenção Positiva	Manutenção Negativa
01	08	05	45	03
02	10	12	32	07
03	16	11	25	09
04	07	18	24	12
05	07	06	35	13
06	17	07	20	17
07	17	07	18	19
08	08	11	19	23
09	17	03	20	21
10	11	06	25	19
11	16	11	25	9
12	16	05	26	14
13	17	14	16	14
14	11	12	13	25
15	12	19	18	12
16	11	07	22	21
17	07	15	30	09
18	08	06	20	27
19	14	09	24	14
Média	12	10	24	15

Fonte: Questionário QUALI AB anos 2007 e 2008.

CRITÉRIOS para a Evolução dos Indicadores

- 0 - 0 = manutenção negativa
- 0 - 1 = melhorou
- 0 - 2 = melhorou
- 1 - 0 = piorou
- 1 - 1 = manutenção negativa
- 1 - 2 = melhorou
- 2 - 0 = piorou
- 2 - 1 = piorou
- 2 - 2 = manutenção positiva

PONTUAÇÕES GERAIS

(-) 27 indicadores

(+) 27 indicadores

(=) 08 indicadores

Total = 62 indicadores

Anexo XXI
Avaliação da Qualidade da Gestão da Atenção Básica no Município de Bauru

Dezembro de 2005

Roteiro de Entrevista com Gestor

1) Identificação:

Nome

Idade

Formação

Tempo de gestão

Experiências anteriores em Gestão Municipal?

Quanto tempo?

Quantos secretários de saúde já tiveram o atual governo?

Tipo de gestão atual

2) O que motivou você a aceitar o cargo de Secretário da Saúde?

3) Quais os principais problemas para a gestão municipal da saúde e quais propostas e desafios para superá-los?.

4) Você acredita que a assistência à saúde prestada pelo município atualmente contempla os princípios e diretrizes do SUS?

5) Como se caracteriza (funcionamento) a Atenção Básica no município hoje?

6) Qual o papel da Atenção Básica em relação aos desafios que se colocam para a saúde do município?.

7) Na sua opinião quais ações devem ser priorizadas na Atenção Básica hoje?

8) Quais estratégias estão sendo realizadas para atingir as referidas ações?

9) Como se dá a interação entre gerentes de UBS e gestor?

10) Os problemas existentes nas UBS/USF são discutidos entre gerentes e gestores? Com que frequência?

11) Há investimento na capacitação dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica?

12) Faça uma retrospectiva dos pontos positivos e negativos em relação à atenção básica na gestão 2005 a 2008.

Anexo XXII
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Protocolo n.º 117/08

Título do Projeto: "Avaliação Da Qualidade Da Atenção Básica No Município De Bauru:
Desafios Para Um Processo De Mudança"

Pesquisador (a) Responsável: Roseli D'avila Vasconcelos

Comitê de Ética:

**O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou
aprovado.**

Data: 30/9/08

Assinatura do Presidente:

Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond