



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

Thais Fernanda Tortorelli Zarili

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA:
atualização e validação do instrumento QualiAB**

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

Orientadora: Profª Drª Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2015**

Thais Fernanda Tortorelli Zarili

**AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA:
atualização e validação do instrumento *QualiAB***

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

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

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Zarili, Thais Fernanda Tortorelli.

Avaliação de serviços de Atenção Básica : atualização e validação do instrumento QualiAB / Thais Fernanda Tortorelli Zarili. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40600009

1. Cuidados primários de saúde. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. Estudos de validação. 4. Serviços de saúde - Avaliação. 5. Saúde pública.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estudos de validação; Qualidade da assistência à saúde.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada,
não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi

Dedicatória

Dedico este trabalho aos separadores de materiais recicláveis da comunidade da Vila Santa Maria em Paranaguá (PR) que me inspiraram a buscar a Saúde Pública como área de atuação e estudo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Elen que ultrapassa o papel de mediadora de um processo de aprendizagem, conquista um papel fundamental em minha vida, obrigada pela atenção, cuidado, prontidão e por seguir ao meu lado no maior sonho que estou conquistando, a realização do mestrado em Saúde Coletiva. Agradeço à equipe QualiAB por toda dedicação, qualidade e troca de experiências e conhecimento, em especial: Carol, Dina, Josiane, Maria Inês, Mariana, Nádia, Olívia, Patrícia.

Agradeço aos docentes Adriano Dias e José Eduardo Corrente que contribuíram com esse trabalho quanto às análises estatísticas, e que compreenderam minhas indagações diante da dificuldade em trabalhar com dados quantitativos, uma missão em execução: apreender.

Agradeço imensamente algumas amigas pela compreensão diante da minha ausência ou pela preocupação excessiva, quanta compaixão vocês têm por mim, especialmente refiro-me à Alexandra, Ana Cláudia, Anna Lydia, Sandra, Suelen e Soraia.

Agradeço ao Edson por entrar em minha vida neste momento e compartilhar dos meus anseios e angústias e sempre me apoiar.

Agradeço, por fim, quem mais amo e que a educação superior sempre foi um objetivo para a minha vida, Maria Regina.

RESUMO

ZARILI, T. F. T. AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: atualização e validação do instrumento QualiAB. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel estratégico na construção de um sistema de saúde universal. A qualidade dos serviços representa hoje um dos grandes desafios a ser enfrentado pela APS, o que coloca em destaque a realização de pesquisas de avaliação e monitoramento da qualidade, como parte do campo da gestão e planejamento em saúde. O Questionário QualiAB é um instrumento que avalia a organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de unidades de APS. Foi desenvolvido e aplicado em 2007 e reaplicado em 2010 no estado de São Paulo. Embora tenha demonstrado confiabilidade e validade, requer atualizações periódicas comprometidas com o contínuo incremento da qualidade. Os objetivos desse trabalho consistem em apresentar uma análise comparativa das aplicações anteriores do instrumento e descrever e analisar o processo de atualização e validação desse instrumento tendo como produto uma versão atualizada e validada para aplicação nacional. A metodologia é composta por etapas sequenciais e iterativas: análise comparativa feita por variação percentual, teste do qui-quadrado de tendência para os indicadores e teste de mediana para o conjunto de unidades; para a atualização de questões, critérios, padrões e indicadores, houve revisão por pares para definir uma versão preliminar, pré-teste em 30 serviços escolhidos; nova revisão com obtenção de uma segunda versão a qual foi submetida à consulta por grupo de especialistas e aplicação piloto em uma região do interior do estado de São Paulo; análise dos dados para definição da versão para aplicação nacional. Como resultados obteve-se na análise comparativa das aplicações anteriores 5 indicadores de Gerência e 17 de Assistência, assim como o conjunto de unidades respondentes obtiveram nível de significância maiores que 0,05. Para atualização do questionário, inicialmente um instrumento revisado por pares (QAB1) utilizado para consulta no pré-teste, com 111 questões, das quais 17 são descritivas e 94 pontuadas. A segunda versão (QAB2) possui 126 questões, com 21 questões descritivas e 105 pontuadas e foi avaliada por grupo de especialistas por meio de Técnica Delphi modificada, realizada em duas rodadas. Os resultados foram cotejados com aplicação piloto numa Rede Regional de

Atenção à Saúde do interior paulista, definindo-se uma nova versão e o modelo de pontuação. O novo questionário (QAB3) é composto por 120 questões, das quais 94 são pontuadas e 26 descritivas, com 102 indicadores de qualidade, que será validado em aplicação nacional. Como conclusão discute-se a importância em se submeter instrumentos de avaliação de serviços a processos de validação que ampliem sua sensibilidade e especificidade e, assim também, suas potencialidades de contribuir para a gestão e planejamento de modelos de organização de serviços de APS coerentes com os objetivos postos para esse nível de atenção no Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Estudos de Validação; Qualidade da Assistência à Saúde; Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

ZARILI, T. F. T. EVALUATION OF PRIMARY CARE SERVICES: update and validation of the instrument QualiAB. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015

The Primary Health Care (PHC) has a strategic function in the construction of a universal health care system. The quality of services is now one of the major challenges to be faced by PHC, which highlights conducting evaluation surveys and quality monitoring as part of the field of management and planning in health. The QualiAB tool is an instrument that evaluates the organization of the work process through care indicators' and management PHC units. It was developed and applied in 2007 and reapplied in 2010 in São Paulo state. Although it has demonstrated reliability and validity, it requires periodic updates compromised to the continuous increase in quality. The aim of this study is to analyze comparatively between 2007 and 2010 applications and to describe and analyze the process of updating and validation of this tool as a product having an updated version and validated for national implementation. The methodology consists of sequential steps and iterative: comparative analysis between 2007 and 2010 applications; update issues, criteria, standards and indicators for peer review to define a draft, which was submitted to the pretest in 30 selected services; new review with obtaining a second version which was submitted consultation by group of experts and pilot application in a region of the São Paulo state; data analysis to define the version for national implementation. As a result is in the comparative analysis of the previous applications 5 indicators of Management and 17 Assistance, as well as the set of respondents units had $p < 0.05$. We obtained initially an instrument peer reviewed (QAB1) used for consultation in the pre-test with 111 questions, 17 of which are descriptive and 94 scored. The second version (QAB2) has 126 questions, with 21 questions and 105 descriptive scored and was evaluated by a group of experts through modified Delphi technique, held in two rounds. The results were compared with a pilot application in a Regional Health Care in São Paulo State by setting up a new version and the scoring model. The new questionnaire (QAB3) consists of 120 questions, of which 94 are scored and 26 descriptive with 102 quality indicators, which will be validated in national implementation. In conclusion we discuss the significance to submit service assessment tools validation processes that increase their

sensitivity and specificity and thus also its potential to contribute to the management and planning of PHC service organizational models consistent with the posts objectives for this level of care in the national health system.

Key words: Validation Studies; Quality of Health Care; Primary Health Care

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Dimensões avaliativas e número de indicadores	41
TABELA 2 -	População e número de municípios dos DRS de Bauru, Registro e Sorocaba	42
TABELA 3 -	Distribuição do número de municípios por DRS avaliados em 2007 e 2010 conforme porte populacional	42
TABELA 4 -	Equipe de pesquisadores segundo instituição de ensino superior, formação e função nas respectivas universidades	44
TABELA 5 -	Divisão das 85 questões do questionário QualiAB original, segundo grandes temáticas por quantidade de questões relacionadas	45
TABELA 6 -	Resultado das revisões realizadas conforme área temática dividida pelos GT	46
TABELA 7 -	Número de serviços que responderam a versão QAB1 por município e estado	48
TABELA 8 -	Questões com intelegibilidade e/ou adequação inferior a 70% e grau de importância atribuídos pelos gerentes de 30 serviços participantes do pré teste, segundo questões Descritivas (D) e Pontuadas (P) por Domínio (Gerência e Assistência). Revisão do questionário QualiAB, versão QAB1	55
TABELA 9 -	Distribuição das questões por tipo de pontuação, QualiAB, 2015	57
TABELA 10 -	Questões para apreciação pelos especialistas dos indicadores do questionário QualiAB (versão QAB2)	62
TABELA 11 -	Síntese dos resultados obtidos na primeira rodada da Técnica Delphi, segundo os domínios	63
TABELA 12 -	Síntese dos resultados obtidos na segunda rodada da Técnica Delphi, segundo os domínios	64
TABELA 13 -	Balanço das modificações realizadas após análise da aplicação piloto e da apreciação pelos especialistas	66
TABELA 14 -	Domínios, Subdomínios, Indicadores correspondentes a cada questão e versões do questionário QualiAB	67
TABELA 15 -	Subdomínios e número de indicadores correspondentes, conforme segunda proposta de divisão	71
TABELA 16 -	Questões da versão final do questionário QualiAB (QAB3), tipo e número da questão e número de indicadores	71
TABELA 17 -	População e número de municípios dos DRS de Bauru, Registro e Sorocaba	80
TABELA 18 -	Distribuição do número de municípios por DRS avaliados em 2007 e 2010 conforme porte populacional	81
TABELA 19 -	Tipo de serviço avaliado em 2007 e 2010 considerados na análise comparativa	81

TABELA 20 - Algumas variáveis presentes no questionário pertencentes ao domínio Gerência.....	82
TABELA 21 - Algumas variáveis presentes no questionário pertencentes ao domínio Assistência.....	83
TABELA 22 - Variação percentual das pontuações , entre 0, 1 e 2, dos indicadores de Gerência com pior e melhor desempenho na aplicação do QualiAB 2010 em relação a 2007	84
TABELA 23 - Número, porcentagem e variação percentual das pontuações , entre 0, 1 e 2, dos indicadores de Assistência com pior desempenho na aplicação do QualiAB 2010 em relação a 2007.....	85
TABELA 24 - Dimensões e subdimensões avaliativas por performance de cada indicador com $p < 0,05$	86

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Quadro de revisão das questões.....	45
QUADRO 2 -	Painel de especialistas consultados por formação e área de trabalho e pesquisa ALTERAR.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS

AB Atenção Básica
AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade
AMAQ Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
APS Atenção Primária à Saúde
CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DRS Departamentos Regionais de Saúde
DST Doença Sexualmente Transmissível
EQA *Estándard de Qualitat Assistencial*
ESF Estratégia Saúde da Família
FAPESP Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
GT Grupo de Trabalho
MS Ministério da Saúde
MT Mato Grosso
NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS *National Health Service*
ODM Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde
PACS Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PCATool *Primary Care Assessment Tool*
PMAQ Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PPSUS Programa de Pesquisa para o SUS
PR Paraná
PROESF Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
QualiAB Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica
RAS Redes de Atenção à Saúde
RRAS Rede Regional de Atenção à Saúde
SAGE Sistema de Apoio à Gestão
SES Secretaria de Estado da Saúde

SP São Paulo

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

USF Unidade de Saúde da Família

VP Variação Percentual

Sumário

1. APRESENTAÇÃO.....	15
2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	16
2.1 Atenção Primária	16
2.2. Qualidade da Atenção na APS.....	20
2.3. Avaliação de serviços de saúde	21
2.4. Instrumentos de avaliação: desenvolvimento e validação	24
2.4.1. Instrumentos de avaliação	24
2.4.2. Desenvolvimento e Validação.....	27
2.4.3. Técnica Delphi	29
2.4.4. Validação de instrumentos de APS	30
2.5. QualiAB: Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica....	35
3. OBJETIVOS.....	38
4. CAMINHO METODOLÓGICO E RESULTADOS	39
4.1. Questionário QualiAB – versão aplicada em 2007 e 2010	40
4.1.1. Perfil dos municípios avaliados nas aplicações anteriores (2007 e 2010) e no piloto.....	41
4.1.2. Confiabilidade do questionário QualiAB.....	42
4.2. Descrição do processo de revisão e atualização do instrumento por pares.....	43
4.3. Aplicação Pré-teste nos cinco sítios.....	47
4.4. Aplicação piloto na RRAS de Bauru	58
4.5. Consulta a especialistas por meio da Técnica Delphi.....	59
4.6. Cotejamento dos resultados da Técnica Delphi e aplicação piloto: nova versão do questionário (QAB3).....	65
5. DISCUSSÃO.....	72
6. ARTIGO: ANÁLISE COMPARATIVA DAS APLICAÇÕES DO QUESTIONÁRIO QUALIAB EM 2007 E 2010.....	75
Contexto: o perfil dos municípios avaliados	80
Desempenho dos indicadores de organização dos serviços de AB entre 2007 e 2010.....	81
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
8. REFERÊNCIAS	93

9. ANEXOS	100
9.1. ANEXO 01 – PARECER DO CEP	100
9.2. ANEXO 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103
9.3. ANEXO 03 – DIÁRIO DE CAMPO – PRÉ-TESTE	106
9.4. ANEXO 04 - QUESTIONÁRIO QUALIAB (QAB3) – 120 QUESTÕES.....	107
9.5. ANEXO 05 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR < 80%.....	150
9.6. ANEXO 06 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR > 80% COM SUGESTÕES DE ALTERAÇÃO, SUBMETIDOS À SEGUNDA RODADA	152
9.7. ANEXO 07 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA SEGUNDA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR < 80% (NA PRIMEIRA RODADA).....	153
9.8. ANEXO 08 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA SEGUNDA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR > 80% (NA PRIMEIRA RODADA).....	155
9.9. ANEXO 09 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR BEM AVALIADO E ACEITOS.....	156

1. APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi eleita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como eixo organizador da rede de atenção, colocando assim grandes e novos desafios para esse nível de atenção. Pesquisas, políticas e intervenções são realizadas por instituições governamentais e acadêmicas, entre outras, em prol do monitoramento e qualificação das ações na APS.

A avaliação em saúde é um campo de pesquisa e intervenção que pode ofertar subsídios aos gestores federais, estaduais e municipais para reflexão crítica sobre a organização dos sistemas de saúde, tanto por meio do desenvolvimento e validação de instrumentos e estratégias de avaliação, como pela implementação de mecanismos de consolidação de ações avaliativas nos serviços de saúde.

O presente trabalho toma como objeto o processo de atualização e validação de conteúdo de uma nova versão para o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - QualiAB, responsabilizando-se pelo registro e análise dos processos de consenso iterativo – revisão por pares, pré-teste com unidades selecionadas, aplicação de questionário piloto e consulta a especialistas – tendo como produto uma nova versão do instrumento QualiAB. A revisão de literatura aborda itens que contribuem para compreensão do processo de revisão e validação de um instrumento utilizado para avaliação da APS, com vistas a sua aplicação nacional em pesquisas futuras.

O trabalho é apresentado em 7 partes descritas a seguir:

1. Introdução e justificativa;
2. Objetivos;
3. Caminho metodológico;
4. Proposta de artigo: análise comparativa entre as aplicações anteriores do questionário;
5. Considerações finais;
6. Referências;
7. Anexos.

Apresenta-se proposta preliminar de artigo que aborda a análise comparativa entre as aplicações do questionário QualiAB de 2007 e 2010 em uma região do estado de São Paulo como parte da dissertação para discussão e aprimoramento, para aplicação posterior a uma revista científica.

2. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

2.1 Atenção Primária

O princípio da universalidade e a garantia de acesso à rede de atenção à saúde por meio da APS¹ vem sendo apontados como os principais caminhos para se estabelecer a equidade e a satisfação do usuário (CAMPOS, 2005). Desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde e a Declaração de Alma Ata (1978) muitos países buscam aprimorar seus sistemas de saúde baseando-se em cuidados primários ou priorizando-os.

A Organização Pan-Americana (OPAS) já defendia a APS mesmo antes de 1978, ano em que estabeleceu a meta de “Saúde para Todos” e valorizou essa estratégia como capaz de atender às necessidades de saúde, apontando desde então a necessidade de ações intersetoriais (OPAS, 2005). No entanto, a expansão da APS desde esse período se deu de modo heterogêneo e irregular nos países ocidentais, representando diferentes propostas e movimentos técnico políticos no interior da saúde – desde aqueles que traduzem a APS como uma medicina simplificada voltada para a população carente, às ações focalizadas em condições de saúde específicas, ou ainda, aquelas que a defendem como um nível de atenção capaz de promover uma atenção integral e universal (CONILL, 2004; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a OPAS têm buscado revitalizar a APS analisando suas atribuições e sua representação junto às populações, para que os esforços empreendidos até o momento se desdobrem em ações e estratégias de organização efetivas e que cumpram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os progressos já conquistados nas últimas décadas para o desenvolvimento humano e de saúde na Região das Américas² são evidentes. O maior desenvolvimento econômico e social tem possibilitado impactos significativos sobre a saúde, como o envelhecimento populacional e a mudança do perfil de morbimortalidade, exigindo maior complexidade na organização da atenção em saúde.

¹ Consideramos neste trabalho as expressões “atenção primária à saúde” (APS) e “atenção básica” (AB) como equivalentes, como na Portaria 2.488 de 21/10/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011a).

² Região das Américas é compreendida pela OPAS como um conjunto de países pertencentes à América do Sul e América Central (OPAS, 2015) e assim manteve-se como o texto referenciado aborda.

Atualmente são discutidas as limitações dos serviços tradicionais de saúde e as dificuldades para responder às necessidades de saúde de toda a população, apontando-se a importância em se consolidar um novo modelo assistencial. Nesse sentido é que se tem atribuído à APS um papel diferenciado na redefinição da atenção à saúde, por meio da integralidade do cuidado, da coordenação da rede de atenção, de recursos humanos com maior capacidade técnica e científica, com enfrentamento dos determinantes sociais em saúde e maior eficiência dos recursos empenhados (OPAS, 2005; OMS, 2008).

No cenário mundial, se considerarmos sistemas universais como o SUS, observamos que no Reino Unido, com o Relatório Dawson em 1920, os princípios norteadores dos cuidados primários e do trabalho em rede descritos de forma abrangente e tão contemporâneo (KUSCHNIR & CHORNY, 2010) necessitaram na prática de mais de cinquenta anos para se consolidarem no sistema público inglês, o *National Health Service* (NHS), criado em 1948. Os generalistas (*General Practitioner*) atuavam como prestadores liberais financiados pelo governo e sua valorização e consolidação se deu mais fortemente após 1997. A partir dos anos 2000, a gestão local foi executada pelos *Primary Care Trusts* pela integração entre os serviços, com um sistema público de saúde financiado por impostos, cadastramento dos pacientes na APS centrada no cuidado da família e divisão de território em distritos ou regiões. No Canadá há, também, uma APS com cobertura universal, financiamento do sistema por impostos, regulação federal, gestão provincial, complementado como no Reino Unido pela prestação de alguns serviços privados, mas tendo a APS como porta de entrada do sistema e integrada com outros níveis de atenção (CONILL, 2008). Na Espanha, o sistema é financiado por impostos, com cobertura universal e gratuita, desde a reforma do Sistema Nacional de Saúde em 1986, com grande fortalecimento da APS por meio da instituição da medicina de família (PASARÍN et al., 2013).

No Brasil, o processo histórico de instituição da APS deu-se a partir de diferentes incursões no sistema de saúde com propostas que correspondiam aos contextos históricos em que emergiram desde a década de 1920. Num primeiro momento, sob influência da Fundação Rockefeller, foram desencadeadas diferentes ações, como a formação de médicos sanitaristas pela Universidade Johns Hopkins, e a instituição de diversas experiências de organização de serviços, como os Postos de Profilaxia e Saneamento Rural que prestavam assistência à populações em áreas delimitadas. O surgimento dos Centros de Saúde nos anos 1930, com maior expansão em municípios como Rio de Janeiro e São Paulo, marcaram uma nova concepção em oposição ao modelo vertical, baseado em ações sanitárias especializadas que,

no entanto, se tornaram hegemônicos nas décadas seguintes (CAMPOS, 2007; SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007).

A partir dos anos 70, surgiram várias iniciativas de formação e organização de serviços que procuraram expandir as ações de saúde pública e unificá-las em serviços de APS, como a experiência do PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento) inicialmente no nordeste e expandido para todo o país, diferentes experiências municipais – como em Niterói, Londrina e Campinas - ou a reforma Leser e a instituição da Programação em Saúde no Estado de São Paulo. Posteriormente com a instituição do SUS, procurou-se estabelecer novas concepções a partir da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990 e em seguida, em 1994, da Estratégia Saúde da Família (ESF) (HARZHEIM et al., 2013; MARSIGLIA, 2008; CONILL, 2008; BRASIL, 2004; NEMES, 1990).

Nas últimas décadas, vem se esperando da APS alta resolutividade e sensibilidade diagnóstica, além de encaminhamentos adequados na lógica de redes de atenção à saúde, ou seja, que a APS integre os diferentes níveis de atenção, o que requer a manutenção de um sistema de informação transparente e eficaz. Outro atributo valorizado é a interação entre os usuários e os profissionais de saúde, com a construção de um caminho para o acompanhamento longitudinal do cuidado em saúde a partir da instituição de vínculos. Aponta-se a insuficiência do uso de tecnologias duras e a importância da personalidade da relação entre equipe e usuários, como parte da garantia da qualidade na assistência ofertada (BRASIL-PISSATTO, 2011; SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000; SCHRAIBER et al., 1999).

Pode-se dizer que, para o Brasil a APS configura-se hoje como importante estratégia de universalidade, propondo-se que seja efetivada como a principal porta de entrada do sistema e organizadora da rede de atenção em saúde conforme preconizado no Pacto pela Vida. Com financiamento público, a gestão é tripartite, ou seja, responsabilidade de governos federal, estaduais e municipais, estando sob gestão direta e execução dos municípios e tendo a ESF como prioridade de expansão e consolidação (CONILL, 2008; BRASIL, 2006b).

Apesar das medidas de valorização da APS, existe ainda a percepção, muitas vezes confirmada pela prática de alguns profissionais e pela organização dos serviços, de uma atenção simplificada e de baixa resolutividade baseada numa ciência “fraca”, ou até inexistente, e que, de fato, pode-se dizer que representa a persistência de um outro projeto

assistencial em contraposição ao representado pela APS (NEMES, 2004; SCHRAIBER; MENDES-GOLÇALVES, 2000; SCHRAIBER et al., 1999).

A ESF desenvolve uma assistência com foco “intracomunidade”, voltada ao âmbito da vida familiar. Nesse sentido, procura fugir de uma atenção centrada apenas na perspectiva clínica e individual, ambicionando voltar seu olhar para as informações da comunidade e da família. Estudos apontam como principais pontos desse modelo de assistência a ampliação do vínculo e responsabilização das equipes, aclamando a ESF como modelo de reorganização da expansão da APS e qualificação da assistência, com uma atenção de fácil acesso que se organiza para o cuidado integral e *in loco* (OLIVEIRA, 2007; ALMEIDA & MACINKO, 2006)

Starfield (2002) define atributos da APS que considera fundamentais para a efetividade e equidade vislumbradas para esse nível de atenção, capazes de orientar o estabelecimento de metas para diminuir as iniquidades em saúde e atender às necessidades de segmentos populacionais mais vulneráveis, garantindo atendimento e ações de qualidade. Define como atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade da atenção, além da coordenação da assistência; e outros denominados como derivados: atenção centrada na família, orientação comunitária e competência cultural dos profissionais. Com base nesses atributos, tem-se desenvolvido estratégias de avaliação que procuram mensurar o grau de orientação dada pela APS nos sistemas e serviços estudados (CUNHA & GIOVANELLA, 2011; CONILL, 2004).

Após a expansão da APS nos últimos 20 anos, o grande desafio está em sua qualificação de modo a efetivar o projeto de atenção que representa. Desde o início dos anos 2000, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo mecanismos de avaliação e monitoramento, com financiamento de pesquisas e parcerias entre serviços e instituições para desenvolvimento de metodologias, e a institucionalização da avaliação como política de apoio e incentivo à qualidade por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (ALMEIDA & MACINKO, 2006; BRASIL, 2006a).

A organização dos serviços de saúde na APS, em especial do processo de trabalho condicionado pelas práticas profissionais e uso de diferentes tecnologias, é definida no nível local pelo gerenciamento e a interrelação entre trabalho em equipe e responsabilização sobre o cuidado da população usuária do serviço, ainda que submetidos às políticas e normas dadas pelos diferentes níveis de gestão do sistema, particularmente a gestão municipal (CASTANHEIRA et al., 2011; NEMES, 2000).

Apesar da grande importância internacional dada para as avaliações de resultado, no Brasil as iniciativas de incentivo à melhoria de qualidade têm trabalhado principalmente com variáveis e indicadores de processo, voltados para a organização do trabalho e para o gerenciamento local, além da abordagem dos usuários e da gestão municipal (BRITO & JESUS, 2009; BRASIL, 2011a; 2006a).

2.2. Qualidade da Atenção na APS

Ampliar a qualidade de serviços é um objetivo fundamental particularmente no âmbito da APS, dada sua importância estratégica na consolidação de um sistema público e universal, pois bons indicadores de saúde acarretam menores custos diante da resolubilidade alcançada e satisfação do usuário (BRUIN-KOOISTRA et al., 2012).

A assistência na APS deve ser realizada por equipe multiprofissional, que atua considerando as prioridades clínicas e epidemiológicas, com base em uma estrutura básica para realização das ações preconizadas, articulando a intervenção médica-sanitária, ou seja, a integração entre ações de promoção, prevenção e assistência em busca de resolubilidade dos casos, o que deve se dar por meio de evidências técnico-científicas comprovadas, e com adesão e interação dos diferentes atores – profissionais, gerentes e usuários (BRASIL-PISSATTO, 2011; SCHRAIBER et al., 1999).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como condição para o desenvolvimento e consolidação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BORGES & BATISTA, 2010; BRASIL, 2011a). A efetivação dessa política requer uma APS de qualidade e integrada ao sistema local, capaz de orientar a organização de redes a partir de um olhar sensível sobre as necessidades de saúde da população, com elevado grau de resolubilidade, e capacidade de articulação entre os diferentes serviços e níveis assistenciais do SUS (CASTANHEIRA; DALBEN; ALMEIDA, 2009).

Dada a complexidade e amplitude das ações em saúde, considerando-se aqui particularmente aquelas realizadas na APS, a abordagem da qualidade requer a consideração de diferentes dimensões, complementares entre si. Refere-se à capacidade de resposta às necessidades de saúde da população e compreensão sobre os valores culturais que orientam sua manifestação. Refere-se, também, ao acesso, que pode ser visto como um aspecto fundamental da qualidade de serviços e que representa um direito de cidadania (BRASIL-PISSATTO, 2011). Representa também evitar os resultados indesejáveis, conforme apontados

por Campos (2005) como os “Ds”: *death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction*. O mesmo autor refere que qualidade na APS abrange a identificação e atendimento às necessidades da população, o cuidado ofertado aos portadores de condições crônicas, estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário, o olhar atento à detecção precoce. Para os usuários a qualidade configura-se em obter respostas às suas necessidades que atendam às expectativas de cuidado (BRASIL, 2006a)

Deve-se considerar a qualidade como um atributo incremental, ou seja, que sempre pode ser aprimorada, uma vez que mudanças no contexto de saúde, nos conhecimentos e tecnologias utilizados, além de alterações no próprio modelo assistencial, alteram os padrões do que se espera como a melhor qualidade possível (BRASIL, 2012).

Os padrões de qualidade são construídos com base em parâmetros técnico-científicos de acordo com as necessidades de saúde e valores culturais e institucionais prevalentes, de acordo com o contexto sociopolítico no qual se insere, já que a organização de um serviço é estabelecida por meio de um conjunto de políticas e micropolíticas que definem como os serviços podem ser e como os profissionais poderão atuar (BRASIL, 2010; 2006a).

A qualidade dos serviços envolve a continuidade do plano de trabalho da gestão, em condições opostas durante períodos políticos de transição, pois a interrupção de atividades e programas estabelecidos sem clara justificativa comprometem a assistência ofertada (BOSI; PONTES; VASCONCELOS, 2010). Contudo deve-se levar em conta a responsabilização local dos serviços, cujas equipes devem aprimorar suas práticas baseando-se nas necessidades do seu contexto, o que dá maior complexidade para a construção e julgamento de padrões “universais” para a avaliação de qualidade em um país de dimensões continentais e heterogêneo como o Brasil. Entretanto, deve-se buscar uma “linha de base” com padrões mínimos que devem estar presentes em todo e qualquer serviço de APS.

2.3. Avaliação de serviços de saúde

Villalbí & Farrés (2005) referem como são escassas as ferramentas para medir a qualidade da APS ou que possibilitem a comparação de sistemas de saúde e países, assim como a divulgação dos mesmos.

A avaliação de serviços de saúde é um campo complexo que permite diferentes aproximações. Para Hartz (1999) a avaliação está baseada em princípios norteadores com base epidemiológica, fomentando a busca de estratégias para alcance de efetividade do

sistema de saúde. Para Santos e Merhy (2006) a avaliação consiste em uma ferramenta fundamental para o planejamento e gestão do sistema de saúde, possibilitando a organização das ações e monitoramento dos processos instalados. Novaes (2000) traz como principais variáveis do processo avaliativo: o objetivo, a posição do avaliador, o enfoque dado, metodologia predominante, como a informação será produzida, o contexto, a temporalidade da avaliação, e por fim, o grau do juízo atribuído.

Donabedian (1985) define uma tríade para as avaliações em saúde, muito utilizada por toda literatura da área, qual seja: Estrutura: refere-se aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e à normatização do serviço; Processo: diz respeito ao funcionamento do sistema, ou seja, como as ações são organizadas; Resultados: as mudanças geradas pelas ações realizadas. Para o mesmo autor, avaliar é estabelecer juízo de valor, julgar e mensurar a qualidade (DONABEDIAN, 1988). O quadro proposto por Donabedian traz que a avaliação deve se dar a partir da interrelação entre estrutura, processo e resultado, assim uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo possibilita um bom resultado (BRITO & JESUS, 2009; NEMES, 2001; DONABEDIAN, 1988)

Avaliar a qualidade se entende como a identificação das características de um serviço comparando-as com valores de referência e normas estabelecidas e que definem os pontos que fortalecem ou não as práticas de atenção à saúde, assim, aponta os caminhos que podem ser discutidos no planejamento das ações, seja em âmbito de gestores federais ou estaduais, pelos municípios ou pela própria equipe (BRASIL, 2010). Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças observadas, além de poder fortalecer o compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada, sempre que esta participar do processo avaliativo (SANINE, 2014; BRUIN-KOOISTRA et al., 2012).

As avaliações de serviços, particularmente quando baseadas na abordagem Donabediana, tendem a desenvolver mecanismos estruturados de avaliação, com critérios e padrões rígidos e privilegiando desenhos quantitativos. Os limites desse escopo avaliativo, que não considera a subjetividade inerente à toda avaliação e dificilmente toma como objeto a dimensão intersubjetiva das ações em saúde, devem ser reconhecidos sem que isso represente a negação de suas potencialidades na orientação de políticas e medidas de melhoria de qualidade (MARSIGLIA, 2008).

Para o gestor público, a garantia da universalidade e da equidade na prestação de serviços de saúde pode ser impulsionada pela implementação de processos avaliativos, assim

como esses podem possibilitar a participação de usuários e profissionais nas tomadas de decisões, no gerenciamento de conflitos e na criação de ações e espaços de discussão sobre a organização existente, como um meio de garantir maior resolatividade e qualidade técnico-científica do cuidado (SCHRAIBER et al., 1999).

Para a equipe, a conquista de um bom patamar de qualidade representa maior satisfação pessoal a partir do reconhecimento do trabalho realizado e do incremento de condições para uma atuação com excelência técnica, destacando-se o incentivo ao aprimoramento contínuo dos processos individuais e coletivos do cuidado prestado. E, por fim, para o usuário pode representar o atendimento às suas necessidades e expectativas (CAMPOS, 2005).

Muitas são as razões para a realização de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde na atenção primária, como reforçar a responsabilidade dos profissionais de saúde e gerentes, a maior eficiência na aplicação de recursos, o monitoramento dos resultados e a melhoria da qualidade da assistência prestada, culminando na melhora contínua do desempenho do sistema de saúde. Como contraponto, a avaliação pode ser vista por alguns profissionais como uma atribuição que aumenta a demanda de trabalho e pouco pode colaborar com a organização do serviço, o que reflete a resistência à mudanças e se coloca como obstáculo aos processos avaliativos (BRASIL, 2010; 2006a; OPAS, 2005).

As normas e os critérios estabelecidos nos programas são construídos por diversas pesquisas e setores que atuam na gestão e assistência (CAMPOS, 2005). Normas correspondem aos fundamentos ético normativos, e os critérios são utilizados para o julgamento com relação ao cumprimento das normas estabelecidas.

Os indicadores são definidos a partir de questões que os classificam em níveis entre o não desejado até o padrão esperado para aquela ação de assistência, gerenciamento ou de estrutura disponível, aferindo a qualidade para aquele determinado ponto. Necessariamente são medidas parciais e não indicam respostas definitivas aos conflitos visualizados, mas podem apontar os problemas a serem trabalhados (BRASIL-PISSATTO, 2011; BRASIL, 2006a). Os indicadores são definidos durante o processo de construção das avaliações a partir da elaboração de padrões que correspondem a critérios e normas. A utilização de indicadores de qualidade é frequente na Europa, particularmente nos países com sistemas universais, tanto para o monitoramento como para avaliação da APS e de serviços hospitalares (CONNIL, 2008; BRASIL, 2006a).

Há ainda poucas pesquisas avaliativas, especialmente no Brasil, que desenvolvem indicadores de melhoria da qualidade que sejam incorporados na gestão dos serviços. Tais indicadores podem auxiliar na compreensão dos fatores influentes sobre a assistência e assim possibilitar mudanças, que em médio prazo, exigirão a definição de novos indicadores (SCOTT & CAMPBELL, 2002). Produzem medidas da prática, fornecem informações à população que tornam os processos de avaliação transparentes por julgar o desempenho conforme padrões definidos e conhecidos (BRUIN-KOOISTRA et al., 2012).

As avaliações de resultados são complexas, dada as dificuldades em se estabelecer nexos causais, e ainda com pouca tradição nos estudos brasileiros. Por outro lado, avaliar o processo de trabalho de um serviço tem maior viabilidade, além de possibilitar medidas de aprimoramento da qualidade mais imediatas e sob governabilidade das equipes e da gestão municipal (NEMES, 2001).

Os resultados da avaliação devem ser levados a público, de forma a sempre serem reavaliados. A devolutiva dos resultados é importante para os serviços, pois contribui de forma significativa na qualificação dos mesmos e completa o ciclo avaliativo (SCOTT & CAMPBELL, 2002).

2.4. Instrumentos de avaliação: desenvolvimento e validação

2.4.1. Instrumentos de avaliação

Há cada vez mais empenho no desenvolvimento e aplicação de instrumentos de avaliação de qualidade ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2006a).

Os processos de avaliação de serviços estão presentes em muitos países com o uso de diferentes instrumentos já validados que, quando são utilizados em diferentes contextos, precisam ser adaptados à realidade local e passar por nova validação. Para Campos (2005), a avaliação da qualidade deve estar em consonância com o estágio em que se encontra o sistema de saúde. Engels e colaboradores (2005) refere em seu trabalho que na Europa há um conjunto de indicadores que fomentam a avaliação de serviços e que foram desenvolvidos no âmbito dos sistemas de saúde específicos e podem ser de difícil aplicação em outros países dadas as diferenças sociais e a própria cultura político institucional de organização dos serviços.

No Brasil, desde o início dos anos 2000, tem havido uma política de apoio e incentivo ao desenvolvimento de pesquisas avaliativas, com a instauração de processos institucionais de avaliação e monitoramento. As avaliações da ESF em municípios de médio e grande porte, com mais de 100 mil habitantes, ocorridas entre 2001 e 2007 como desdobramento da Fase I do PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), configuraram importante passo para impulsionar maiores investigações (CASTANHEIRA et al., 2014; BRASIL, 2003).

O instrumento AMQ – que integrava o programa de “Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família” lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde - consiste em uma ferramenta de autoavaliação sobre a organização do processo de trabalho nos serviços organizados segundo a ESF, aplicado por livre adesão sem o envolvimento de incentivos financeiros ou sanções com relação aos resultados obtidos. Previa a realização de diagnóstico, planejamento e intervenção, completando o denominado Ciclo AMQ. Esse instrumento foi inspirado no MoniQuor, ferramenta de avaliação e monitoramento da qualidade organizacional dos centros de saúde do Instituto da Qualidade em Saúde de Portugal, e resultou de cooperação técnica e financeira com a OPAS e o Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. O AMQ visava o incentivo a processos avaliativos e melhoria da qualidade com enfoque no apoio aos municípios (BRASIL, 2006a; CAMPOS, 2005). Os instrumentos eram específicos para determinado público-alvo: gestor municipal da saúde, coordenador da ESF, responsável pela unidade de saúde da família, para equipes, além de um material de apoio para planejamento das ações. Essa política tinha como princípios considerar o ponto de vista do usuário, ter participação ativa dos integrantes, ser uma prática de rotina dos serviços com foco no processo de trabalho, ter a qualidade como atributo incremental e ofertar apoio aos gestores. Uma das críticas feitas a esse instrumento é que ele não aborda a avaliação pelos usuários, atores fundamentais no processo de cuidado e organização de um serviço, considerado por Oliveira (2007) como uma limitação. O AMQ possibilitou fundamentalmente o monitoramento para a tomada de decisão a partir do apontamento dos problemas e planejamento das ações (BRASIL-PISSATTO, 2011; BRASIL, 2005).

Shi, Starfield e Xu (2001) e Cassady e colaboradores (2000) desenvolveram um instrumento autoaplicável denominado Primary Care Assessment Tool (PCATool) em trabalho realizado na Universidade de Johns Hopkins e validado nos Estados Unidos, para a avaliação de atributos essenciais e derivados da APS com diferentes versões – saúde infantil,

adultos, maiores de 18 anos, profissionais de saúde, coordenação e gerência local do serviço, baseando-se no modelo de avaliação proposto por Donabedian. Avalia aspectos críticos da APS em países industrializados, como EUA e Canadá, e países europeus. O PCATool em 2010 foi traduzido para língua portuguesa e utilizado pelo Ministério da Saúde motivado pela escassez de instrumentos disponíveis. A utilização do PCATool voltado aos serviços de saúde infantil objetivou, por meio da investigação com os cuidadores de crianças, a identificação da estrutura e organização dos serviços com relação ao conceito de qualidade no planejamento e execução das ações e a efetividade da APS para esse grupo populacional (SANINE, 2014; HARZHEIM et al., 2006).

Em 2011, a partir da experiência acumulada, foi lançado o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS do Ministério da Saúde (PMAQ) que busca induzir o acesso e a qualidade da APS não mais se restringindo apenas aos serviços organizados segundo a ESF. O PMAQ propõe a adesão voluntária dos municípios a partir da aplicação em cada unidade de APS da ferramenta intitulada Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ), posteriormente seguida de avaliações externas realizadas por equipes contratadas para esse fim com a aplicação de instrumentos estruturados em cada unidade. O PMAQ tem por finalidade fomentar a cultura avaliativa e permitir a análise do processo de consolidação da APS no território brasileiro, ofertando transparência e efetividade às ações governamentais permitindo comparabilidade entre as estâncias municipais, estaduais e nacional (BRASIL, 2012; 2011b).

Os instrumentos de autoavaliação possibilitam a gestão interna dos processos de melhoria da qualidade para aperfeiçoamento da APS (CAMPBELL et al., 2002) e às equipes de saúde a construção de novas metas e a organização de tecnologias que melhorem a assistência prestada (BRASIL, 2012). A autoavaliação consiste numa tendência contemporânea em relação a instrumentos de melhoria da qualidade, sendo considerada uma abordagem mais coerente, já que envolve os atores de maneira efetiva e direta (SCHRAIBER et al., 1999). Instrumentos autoaplicáveis, autoadministrados ou autorrespondidos são um meio rápido e barato, por ser possível entrega por meio eletrônico, porém depende do grau de instrução dos entrevistados (MONTEIRO & HORA, 2014). Portanto, a construção do instrumento deve considerar a clareza das questões e das alternativas em consonância com a realidade dos serviços.

2.4.2. Desenvolvimento e Validação

Ao longo de todas essas etapas (*da pesquisa*), o investigador necessita dispor de informações que retratem com fidedignidade o recorte da realidade que deseja pesquisar, bem como escolher uma metodologia que permita-lhe avaliar a consistência de seus dados. Para tanto, o desenho da investigação, a reflexão sobre a natureza do objeto de estudo que está analisando, e a escolha da metodologia adequada para alcançá-lo, devem constituir etapas imprescindíveis em qualquer investigação, antes mesmo desta ser iniciada. [...] Por essa razão, o sucesso na execução de qualquer investigação dependerá, essencialmente, do êxito alcançado pelo pesquisador nas etapas preliminares de sua organização. (KOIFMAN, S. in MONTEIRO & HORA, 2014, prefácio).

Ximenes e Araújo (1995) conceituam a validade como “estar ou não atirando no alvo correto”, ou seja, definem que a validade interna consiste na validade das inferências para a população alvo, usando informações obtidas de uma amostra; a externa é a inferência para além da população alvo, pois propõe uma generalização dos achados. A qualidade dos resultados obtidos depende diretamente do processo de coleta de dados com instrumentos que consigam “acertar o alvo” (MONTEIRO & HORA, 2014). Nesse sentido, diferentes processos de validação vem sendo utilizados no esforço de confirmar a especificidade e sensibilidade dos instrumentos de investigação.

A sensibilidade de um questionário consiste em sua capacidade de abranger a heterogeneidade da amostra avaliada e a especificidade refere-se à observação real do objeto avaliado e discriminação de possuir o fenômeno sob investigação. Portanto esses dois conceitos “permitem quantificar a qualidade da mensuração de um instrumento em relação ao padrão-ouro” (MONTEIRO & HORA, 2014, p. 51).

A análise de validade aparente consiste em observar subjetivamente se o instrumento realmente avalia o objeto estudado, processo pelo qual os pesquisadores estão envolvidos, sendo esta mais simples e menos confiável necessitando de outros meios de validação para comprovação (BESSA, 2007).

A validação de conteúdo busca avaliar se o instrumento contém a representação do objeto em avaliação em toda sua dimensão por meio do julgamento de especialistas, demonstrando que cada item do instrumento reproduz o universo sob investigação, assim os passos para a validação de conteúdo são descritos por Monteiro e Hora (2014):

- 1- Definir o desempenho do domínio de interesse;
- 2- Selecionar um painel de especialistas qualificados no domínio;
- 3- Providenciar um roteiro estruturado para avaliar a correspondência entre os itens e o domínio (pareamento);
- 4- Coletar e resumir os dados do processo de pareamento.

A validade de critério refere-se a avaliação da eficácia em que o instrumento discrimina o desempenho do sujeito da pesquisa, com o seu comportamento real, possui dois tipos: validade preditiva e validade concorrente, que se diferenciam apenas em relação ao tempo futuro ou presente a que se referem (RIBEIRO et al., 2013; PASQUALI, 2009). Realizam comparação com outras situações, “relacionam a validade ao uso que se pretende fazer dos resultados observados na prova” (BESSA, 2007, p. 120). A validação concorrente é feita a partir da correlação entre os resultados de dois instrumentos aplicados ao mesmo tempo, com a mesma finalidade, sendo um deles tomado como padrão.

Com relação à validade de constructo, esta consiste na determinação do contexto a ser aplicado o instrumento e o quanto esse consegue medir objetivamente um determinado grupo populacional, para o que são necessários diversos estudos para a verificação empírica com uso de testes estatísticos e análise, possibilitando fazer inferências entre a realidade observada e o campo teórico (MONTEIRO & HORA, 2014; RIBEIRO et al., 2013).

Por fim, a análise da confiabilidade representa o quanto o instrumento tem capacidade de reprodução de seus achados em todas as suas aplicações, sendo o *alfa de Cronbach* o teste mais utilizado conforme o estudo de Ribeiro e colaboradores (2013) referem. Outras possibilidades frequentemente encontradas na literatura são análise da confiabilidade pelo coeficiente de correlação de Pearson, além de análises teste-reteste, entre outras (MONTEIRO & HORA, 2014; PASARÍN et al., 2013).

A avaliação dos indicadores de qualidade é uma prática comum em pesquisas de validação de instrumentos avaliativos, cuja importância crescente está relacionada ao aumento da utilização de questionários para aprimorar serviços de saúde e assistência a grupos populacionais específicos – como crianças, portadores de condições crônicas, entre outros (KHANNA et al., 2011).

Por exemplo, o PCATool (Primary Care Assessment Tool) foi elaborado e validado por Shi; Starfield; Xu (2001), e vem sendo aplicado em outros países a partir de processos de adaptação e validação em cada local. Pasarín e colaboradores (2013) elaboraram uma versão em língua espanhola e outra em catalão, por meio de traduções, oficinas de consenso, comparabilidade com a versão em inglês, estudo piloto, análise de validade e confiabilidade e “retraduções” do produto para a língua matriz para comparabilidade. Processo semelhante foi realizado por Harzheim e colaboradores (2013; 2006) para versão em língua portuguesa. Outras iniciativas de validação ou uso do PCATool foram realizadas em países como Taiwan

(TSAI et al., 2010a; 2010b), em Hong Kong (WONG et al., 2010) e no Canadá (HAGGERTY & MARTIN, 2005).

A construção ou atualização desses instrumentos são comumente realizadas em rodadas de pesquisadores, a partir de um referencial teórico comum, elencando indicadores potenciais, os quais são avaliados, aceitos ou rejeitados nos passos seguintes do processo de validação de conteúdo. Nesse processo, os indicadores são selecionados e aglomerados em categorias ou subcategorias avaliativas, denominadas como domínios/subdomínios ou dimensões/subdimensões (COMA et al., 2013; CASTANHEIRA et al., 2011).

2.4.3. Técnica Delphi

A Técnica Delphi consiste na realização de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas, onde peritos respondem a questões sobre o instrumento em rodadas sucessivas, preservando o anonimato das respostas individuais, além de possibilitar a interação das respostas por meio do feedback a cada rodada e a troca de conteúdo técnico científico pelos especialistas. Na primeira rodada, há a preparação por parte de coordenadores das questões às quais os especialistas respondem individualmente de forma quantitativa justificando de forma qualitativa. Há análise dos resultados e a equipe os recebe para uma nova rodada para análise, e assim repetidamente até que as opiniões sejam o mais próximas possível, estabelecendo um consenso sobre o objeto de estudo. Permite coleta de dados de forma aprofundada para questões complexas, utilizados em pesquisas econômicas, sociais e políticas (COUTINHO et al., 2013; WRIGHT & GIOVINAZZO, 2000).

Coutinho e colaboradores (2013) referem que a Técnica Delphi se constitui em uma importante ferramenta para pesquisas em APS, também considerando aplicável em situações que não há evidências científicas que afirmem a efetividade de condutas e procedimentos e consolidem as práticas profissionais. Os autores realizam em seu estudo uma revisão integrativa do uso dessa técnica onde foram considerados 20 artigos após a aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, sendo oito da Inglaterra, seis da Espanha, três dos Estados Unidos, dois do Brasil e um do Chile, dos quais, 10 em inglês, oito em espanhol e dois em português brasileiro. Em relação ao número de participantes, foi observada uma variação de seis a 305 especialistas, com taxa de retorno das respostas em primeira rodada de 50 a 70%, na segunda de 70 a 80%, e em estudos com pagamento chega a 100%. Os autores afirmam que a taxa de retorno é inversamente proporcional ao número de participantes.

As etapas são subsequentemente repetidas, onde os especialistas repetem sua análise do material ou dos resultados da etapa anterior, até que haja consenso entre os participantes. Alguns estudos relatam o uso da Técnica Delphi “modificada” com a realização de duas a quatro rodadas, considerando que a variável tempo, neste caso, necessita ser controlada. A construção do instrumento enviado aos especialistas difere diante do objetivo da investigação (COUTINHO et al., 2013; SILVA & TANAKA, 1999).

A utilização de um painel de especialistas para apreciação de indicadores tem como objetivo principal identificar aqueles que melhor conseguem mensurar o objeto em avaliação. Muitos indicadores podem ser rejeitados por não apresentarem especificidade ou sensibilidade adequada para indicar o que se almeja avaliar, como os resultados da assistência ofertada ou a organização dos serviços. Sendo assim, em muitos estudos, utiliza-se investigar a redação do indicador, sua relevância, o grau de adequação com relação à questão, abrindo-se a possibilidade de comentários e sugestões.

Frequentemente é utilizada a *Escala Likert* para padronizar ou quantificar a avaliação. Essa escala, criada por Rensis Likert em 1932, dispõe de afirmações em que o investigado aprecia o grau de concordância diante de sua opinião, obrigatoriamente é uma escala bipolar de concordar ou discordar ao extremo e contém um ponto central que infere nem estar de um lado nem de outro, sendo nominal mas também usada como escala numérica possibilitando análise estatística (MONTEIRO & HORA, 2014; PASARÍN et al., 2013; CHEN; SCHRAGER; MANGIONE-SMITH, 2012; KHANNA et al., 2011).

A avaliação por “*experts*” corresponde à apreciação de cada item dentro do sistema de saúde, programa ou ação ou conjunto de ações, que estão sob avaliação – consistindo num processo de validação de conteúdo (PASARÍN et al., 2013).

2.4.4. Validação de instrumentos de APS

Apresenta-se a seguir uma revisão bibliográfica teórico-metodológica sobre alguns trabalhos que explanam sobre o processo de validação de instrumentos de avaliação das práticas em APS dos últimos 10 anos, e que se aproximam do presente estudo, para apresentar a metodologia utilizada em pesquisas que têm a validação como objeto de investigação.

Harzheim e colaboradores (2013; 2006) realizaram validação do PCATool para língua portuguesa da versão adultos e saúde infantil, respectivamente. A primeira consiste em estudo realizado em Porto Alegre (RS) com amostra diversificada da área de abrangência dos

serviços de APS. Foi realizado estudo transversal com entrevistas de 2.404 usuários adultos. Para validação realizou-se tradução e tradução reversa, adaptação, validade de conteúdo, validade fatorial e fidedignidade. A segunda pesquisa consiste em um estudo seccional de validação da versão infantil do instrumento com a versão completa de 77 itens. Foi aplicado para cuidadores de crianças menores de dois anos adscritas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de ESF também em Porto Alegre, e se fez necessária a exclusão de algumas perguntas e a modificação de outras. Para validação realizou-se tradução, tradução reversa, adaptação, pré-teste, validade de conteúdo e construto, análise de consistência interna e confiabilidade, e requerimentos de escala tipo Escala *Likert*.

Coma e colaboradores (2013) discutem a construção do instrumento denominado EQA, referente a uma versão catalã do “*Estàndard de Qualitat Assistencial*” para avaliação da qualidade do cuidado prestado por profissionais da APS na Catalunha (Espanha). Desenha um percurso baseado em: 1- definição da população de referência e análise das bases teóricas, 2- seleção das necessidades em saúde, 3- definição dos subindicadores clínicos seguido de seleção dos mesmos, 4- versão final. A construção envolveu 107 profissionais e 91 problemas de saúde foram incluídos. 133 especialistas foram consultados, com taxa de resposta 54,9% e propuseram 339 indicadores que foram avaliados por 2 grupos considerando critérios de validade, confiabilidade, facilidade de cálculo e base científica, sendo rejeitados 210, 26 aceitos e 103 modificados. Ainda 25 foram descartados por problemas de cálculo. Por fim alguns foram aglomerados resultando em 61, sendo 39 para população com mais de 14 anos e 22 para pediatria. Os autores referem como princípios teóricos do EQA: A- prevenção quaternária, evitar excesso de tratamento; B- fornecimento de informações sobre prática clínica na APS; C- combinação de testes para aperfeiçoamento do julgamento profissional; D- viabilidade dos registros. Os indicadores apontam pontuação global que varia de 0 a 1000. Os profissionais de saúde utilizam um processo automatizado de registros médicos que são extraídos para avaliação por meios eletrônicos; os resultados são publicados em um site de acompanhamento, assim todos acessam seus indicadores clínicos traçados a partir de uma linha de base. Referem ter uma melhoria contínua na maior parte dos indicadores de qualidade de cuidados. Os autores referem que é preferível utilizar indicadores abrangentes e em menor quantidade e que esse sistema permite a identificação de pacientes mal controlados, é veloz e possibilita comparar dados em diversos serviços. Uma limitação está no fato de não contemplar ações em saúde mental e doenças agudas.

Kennie-Kaulbach e colaboradores (2012) utilizando a Técnica Delphi modificada avaliaram a prática prestada na APS pelos farmacêuticos no Canadá. Foram contatados profissionais com atuação na APS em atendimento direto com pacientes, realizando contato por e-mail para participar com recebimento de certificação e bonificação. Utilizou-se Escala *Likert* de 6 pontos para avaliar frequência do uso daquela competência e a importância para bons resultados. Houve a possibilidade de comentários abertos. Na primeira rodada foram submetidos a 87 experts com taxa de resposta de 18%, na segunda para 33, com taxa de resposta de 38%. Por fim, tem um instrumento com sete domínios, 34 elementos e 153 subelementos. Apontam como pontos fortes do estudo a metodologia rigorosa para mensuração de cada elemento que avalia as competências do farmacêutico, tendo uma escala de avaliação padronizada e testada. Como limitações refere a taxa de resposta dos especialistas baixa, sugerindo que para garantir os resultados é necessário um número maior.

Khanna e colaboradores (2011) realizaram estudo de validação de instrumento relacionado ao atendimento ofertado para pacientes com esclerose, com participação de nove especialistas para classificação individual da validade de cada indicador, utilizou o método RAND/UCLA *Appropriateness Method* para análise comparativa com a literatura. Escala utilizada de 1 a 9, em encontros com a presença de moderador e taxa de resposta ao convite para participação de 57%. Assim, obteve como resultado 32 indicadores.

O método RAND/UCLA (Delphi Modificado) desenvolvido na década de 80 inicialmente para mensurar o uso apropriado de procedimentos médicos e cirúrgicos, associa aspectos da Técnica Delphi e do grupo nominal, combinando evidências científicas com o julgamento de especialistas (GOUVÊA, 2011).

Pasarín e colaboradores (2013) realizaram estudo de adaptação, validade e confiabilidade para o contexto espanhol do *The Primary Care Assessment Tools – Facility version*. Foi realizada adaptação cultural, primordialmente necessária nas seções acessórias do questionário e não nos domínios de APS, sendo adicionados itens para indicar dimensões de globalidade; a apreciação dos indicadores pelos especialistas e entrevistas com usuários da APS, configurando-se numa validação convergente e discriminante. “Acesso” e “Coordenação” apresentaram os menores *alfa de Cronbach*. A Escala *Likert* de 4 pontos que pontua cada indicador foi analisada já que sua soma define a pontuação dos domínios. Os sete domínios e o número de itens para cada na versão em espanhol e catalão são: oito de acessibilidade, 14 de 10 de continuidade, oito de integralidade da coordenação, 16 de centralidade na família, 25 de orientação à comunidade e 25 de competência cultural. Para a

tradução do instrumento houve os seguintes passos: 1- tradução para espanhol e catalão, 2- consenso da tradução pela equipe, 3- comparação com a versão original em inglês, 4- revisão da autora Barbara Starfield, 5- versão pré-teste, 6- estudo piloto para 130 gerentes de equipes da Catalunha, 7- a análise da confiabilidade dos escores dos domínios deu-se por meio de medida de alfa de Cronbach (esperado: 0,7 a 0,95), coeficiente de correlação de Pearson e análises teste-reteste (56 serviços responderam no piloto e na aplicação da versão final – considerando o tempo entre os dois de 4 a 5 meses evitando padronização das respostas por memória ou tempo longo que pudesse inferir grandes mudanças no serviço) , 8- versão final, 9- retradução para o inglês, considerando a equivalência semântica, 10- análise final. A versão final do instrumento foi enviada a 194 serviços localizados na região sanitária de Barcelona, constando sete domínios sendo 2 divididos em 2 subdomínios, consta com 158 itens além de 29 perguntas adicionais para caracterização da APS e usuários. Por fim, o estudo refere que o instrumento é facilmente aplicável e em muitos contextos diante da implantação ou monitoramento de um serviço orientado para a APS.

Bruin-Kooistra e colaboradores (2012) realizaram estudo para identificar um conjunto de indicadores de monitoramento da qualidade da atenção prestada de maternidades responsáveis pelo atendimento de gestantes de baixo risco ofertado por parteiras e clínicos gerais na Nova Zelândia. Parteiras, médicos, políticos e pesquisadores apontaram 115 indicadores considerando diretrizes nacionais, base científica e opinião de especialistas. Primeiramente os mesmos foram avaliados por meio de critérios da AIRE, avaliação de indicadores através de critérios e instrumentos de pesquisa e avaliação, resultando em 35; em seguida com a Técnica Delphi, realizada em duas rodadas, utilizando a *Escala Likert* de 9 pontos e RAND/UCLA, a qual combina sistematicamente a opinião dos experts com provas. Para a *Escala Likert* investigava: I- relevância para a prática clínica, II- possibilidade de obter dados, III- sugestões e críticas em aberto; teve como taxa de resposta 84%. Obteve-se resultantes 26 indicadores, sendo 8 de estrutura, 12 de processo e 6 de resultado. O instrumento possui como domínios: 1- segurança do paciente, 2- paciente-centramento, 3- acesso aos cuidados, 4- coordenação do cuidado, 5- eficácia; quanto aos critérios: A- plausibilidade da relação de processo e resultados dos cuidados, B- esforços empenhados para melhorar, C- variabilidade de práticas em obstetrícia permitindo comparação, D- ser possível coletar os dados com exatidão, confiabilidade e custos razoáveis.

Outro trabalho relacionado realizado por Chen; Schrager; Mangione-Smith (2012) traz como objetivo identificar indicadores de qualidade (estrutura, processo e resultados)

válidos e significativos para medir cuidados prestados a pacientes pediátricos complexos, os quais necessitam de grande atenção, pois uma condição crônica pode levar à negligência de outra(s) condição(s) de saúde, a partir do fato de se perder a visão de totalidade do indivíduo, a integralidade do cuidado. Como domínios apresenta: 1- cuidados primários gerais, 2- centramento na família, 3- cuidados crônicos, 4- coordenação do cuidado, 5- transição do cuidado. Utilizando RAND/UCLA analisa-se a validade e viabilidade dos indicadores, por reuniões presenciais, uso de escala de 1 a 9 crescente e possibilidade aberta de comentários e sugestões; em um segundo encontro foram ofertados o resumo da 1ª rodada, classificação individual, histograma da classificação anonimamente, média, desvio padrão, e por fim se o mesmo foi aceito ou rejeitado. Para escala considerou-se que de 1 a 3 era rejeitado, de 4 a 6 indiferente e de 7 a 9 aceito, considerando uma nota de corte de 80% em cada tercil. Em seguida eram discutidos os indicadores indeterminados ou apontamentos a serem feitos que julgassem relevantes. Os autores referem que os *experts* representavam claramente a rede de prestadores de serviços nessa área, focaram cuidados preventivos, a coordenação e cotidiano de trabalho da equipe multidisciplinar, a orientação para o núcleo familiar como contribuinte do processo de cuidado, além de registros médicos de fácil acesso.

Almeida e Macinko (2006) realizaram uma pesquisa para desenvolvimento e utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica, em nível local. Realizada em Petrópolis, no Rio de Janeiro utilizou diferentes fontes de dados – secundários e rotineiros, informantes-chave (profissionais e gestores) e usuários dos serviços com o objetivo de avaliar os serviços. Empreende como atributos essenciais da APS acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional. Houve uma adaptação de componentes do Primary Care Assessment Tool (PCATool), sendo traduzidas a versão de espanhol para uso com as unidades de saúde e os informantes-chave da secretaria municipal de saúde e da versão em inglês para usuários dos serviços, considerando a adaptação das perguntas à realidade nacional e local. As respostas foram analisadas individualmente e segundo tipo de unidade. Para a validação dos dados coletados foram realizados os seguintes passos: 1- determinação da consistência entre itens com *alfa de Cronbach* e análise de fatores e regressão logística multivariada; 2- técnicas qualitativas denominada triangulação e quantitativas para medir a validade dos dados coletados com os dados obtidos dos informantes-chave; 3- autoavaliação do informante sobre a confiabilidade de suas respostas, 4- teste de X^2 para análise de diferenças entre os tipos de

unidades e fontes de informação 5- teste-F na segunda etapa do estudo. Os resultados foram cotejados com análise do perfil dos informantes chave. O processo de “triangulação” é uma metodologia comum em pesquisas qualitativas.

Ressalta-se que, nos estudos de Pasarín et al. (2013) e de Kennie-Kaulbach et al. (2012), os artigos referem que fizeram uso da Escala *Likert* porém com número de pontos par, independentemente do número de pontos utilizados, que diverge de alguns autores como Monteiro & Hora (2014) que defendem o uso dessa escala como ímpar agrupando os pontos de modo a obter um ponto central e extremos polares, tendo-se adotado esta última perspectiva no presente trabalho.

As metodologias apresentadas demonstram que a validação de um instrumento depende de sua construção por meio de especialistas com conhecimento técnico e científico sobre o objeto de investigação e do uso de técnicas para validação, seja por meio da apreciação por especialistas, aplicação piloto, teste e reteste, e traduções de instrumentos que contemplem a realidade local de sistemas de saúde e práticas profissionais, tendo como resultado instrumentos com maior sensibilidade e especificidade para avaliar a assistência.

2.5. QualiAB: Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica

A constituição histórica da rede de serviços de APS no estado de São Paulo, com existência de muitas unidades em período anterior à constituição do SUS e ao processo de municipalização, ao lado das opções feitas pelos municípios nos últimos 20 anos, fazem com que hoje prevaleça um conjunto misto de serviços, ou seja, com diferentes formas de organização (SANINE, 2014; BRASIL-PISSATTO, 2011). Essa característica estimulou a construção de um instrumento de avaliação de serviços que pudesse contemplar essa heterogeneidade, uma vez que até o início dos anos 2000 os instrumentos disponíveis de autoavaliação pelas equipes das unidades de APS dirigiam-se unicamente aos serviços organizados segundo a ESF.

Como resultado de pesquisa avaliativa realizada no Estado de São Paulo (PPSUS SP 2005/2007) foi desenvolvido e validado um instrumento de avaliação de serviços o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB). Um estudo qualitativo em um município piloto com uso de entrevistas e grupos focais com gestor municipal e gerentes locais e posterior aplicação em 37 municípios paulistas, validação de construto e de confiabilidade permitiu a elaboração de uma versão final. Trata-se de uma

metodologia de avaliação que se baseia nos mesmos pressupostos adotados no questionário QualiAids, que tem como foco a organização da atenção à saúde, tomada em duas grandes dimensões: Assistência e Gerência. Destina-se a serviços concebidos segundo diferentes modelos, incluindo os organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família, as Unidades Básicas “tradicionais” e aquelas com diferentes arranjos entre esses dois modelos (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011; 2009).

Em se tratando de um instrumento de autorresposta, com questões voltadas para a organização das ações e o gerenciamento das unidades de APS, as avaliações realizadas com o QualiAB podem promover discussões sobre o processo de trabalho, apontando aspectos da organização das ações que possam ser aprimorados em relação às proposições e valores da PNAB, em um processo avaliativo que possa quantificar as condições de exercício de “boas práticas” nos moldes de uma avaliação normativa (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011). Há também questões que abordam a estrutura das unidades e os recursos disponíveis para execução das ações vistas como essenciais, como vacinas, por exemplo. O construto de qualidade que orienta a definição de normas, critérios e padrões baseia-se nos princípios éticos e organizacionais do SUS e da Política Nacional de Atenção Básica e em normas técnicas de cuidado individual e coletivo.

Houve duas aplicações do Questionário QualiAB em municípios do estado de São Paulo, em 2007 e 2010. Embora as aplicações realizadas tenham demonstrado que os padrões adotados pelo QualiAB têm boa capacidade de discriminação entre os serviços, a introdução de novas concepções e tecnologias na atenção primária indicam a necessidade de atualização desse instrumento, para que este mantenha sua sensibilidade e aceitabilidade, e assim, contemple seus objetivos de avaliação e monitoramento da qualidade de serviços (CASTANHEIRA, 2012; CASTANHEIRA et al., 2011).

A avaliação da qualidade de serviços requer atualizações periódicas do instrumento utilizado, para acompanhar a contínua melhoria da capacidade de resposta dos serviços às necessidades de saúde, que se renovam nesse processo de produção e reprodução de necessidades, ou seja, a qualidade deve ser vista como um quesito incremental (BRASIL, 2012; NEMES, 2000). Novas tecnologias e mudanças no perfil de morbimortalidade alteram o perfil de necessidades e exigem que o processo de melhoria dos serviços se coloque como algo contínuo e que requer critérios e padrões de qualidade sempre renovados.

O instrumento QualiAB teve seu desenvolvimento e aplicação locada na realidade paulista, considerando a avaliação realizada em 2010 em todo o estado, com características

peculiares em termos sociodemográficos, econômicos e de organização das práticas de saúde em relação ao território brasileiro. Portanto, o desafio deste trabalho é desenvolver uma versão atualizada e que contemple a avaliação dos serviços de APS para cenário nacional.

3. OBJETIVOS

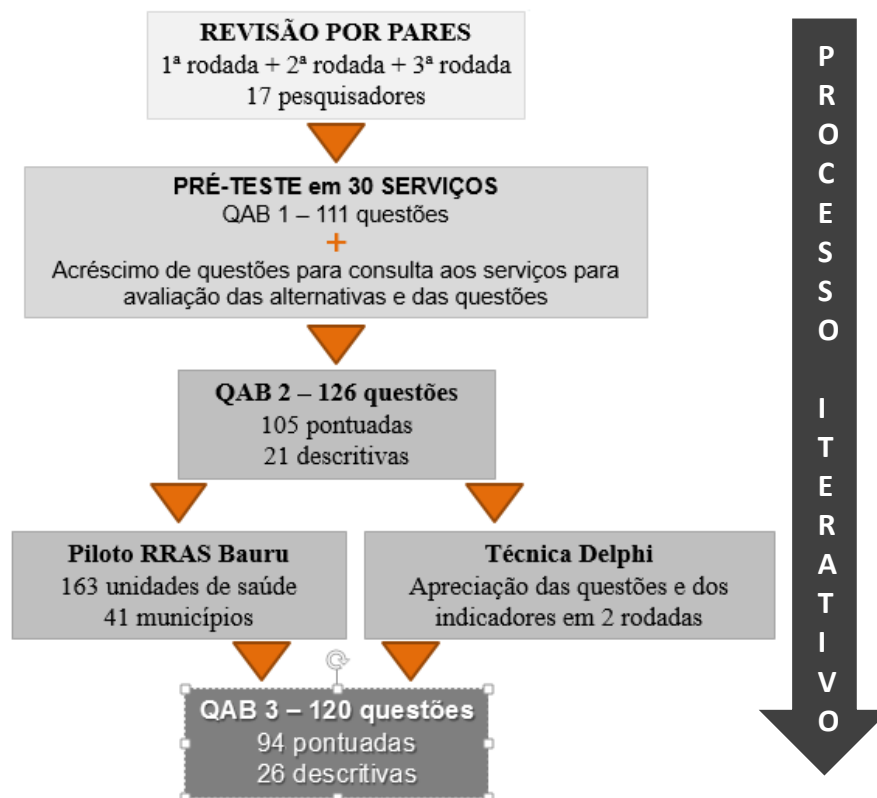
1. Descrever e analisar o processo de atualização e validação de uma nova versão do instrumento de avaliação da qualidade de serviços QualiAB para aplicação nacional;
2. Revisar e propor novos indicadores de qualidade adotados pelo instrumento QualiAB;
3. Apresentar uma análise comparativa das aplicações anteriores do instrumento QualiAB.

4. CAMINHO METODOLÓGICO E RESULTADOS

O presente trabalho é parte do projeto “*Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional*” aprovado no edital universal do Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, Processo Nº 485848/2012-0), que tem como objetivo geral a atualização, validação e aplicação nacional de uma nova versão do questionário (CASTANHEIRA, 2012).

O projeto de mestrado inclui toda a revisão e estratégias iterativas de validação de conteúdo e confiabilidade do instrumento, para posteriormente aplicá-lo na fase nacional, sem incluí-la. A metodologia consiste em um processo iterativo de validação, composta pelas seguintes etapas, apresentadas na Figura 1:

Figura 1- Processo Iterativo de validação do questionário QualiAB



O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” com o parecer 420.887 em 10/10/13, na qualidade de subprojeto (Anexo 1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2), prevê todas as etapas do “projeto mãe” e foi aplicado aos gerentes dos serviços participantes do pré-teste e do estudo piloto. Todas as atividades de campo contam com financiamento do CNPq e apoio por meio de bolsa de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPESP, Processo SAGE 2013/05017-9).

Por tratar-se de um trabalho metodológico optou-se por apresentar cada uma das estratégias metodológicas utilizadas seguida dos resultados, a partir de uma descrição do objeto central do trabalho, o instrumento QualiAB desde sua formulação inicial.

4.1. Questionário QualiAB – versão aplicada em 2007 e 2010

A versão original do QualiAB é composta por um total de 85 questões, das quais 65 possuem respostas pontuadas entre 0 e 2, considerando-se “0” insuficiente, “1” aceitável e “2” padrão esperado (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011).

As 85 questões são distribuídas em cinco blocos temáticos (CASTANHEIRA et al., 2011):

1. Identificação e características gerais dos serviços;
2. Registro de dados e informações em saúde;
3. Organização da atenção à saúde;
4. Perfil de atividades da equipe multiprofissional;
5. Características do processo gerencial.

As questões pontuadas definem os indicadores de organização dos serviços. A Tabela 1 refere-se à divisão dos indicadores utilizados em 2007 e 2010 com relação às duas grandes dimensões avaliativas do questionário (Gerência e Assistência) e às subdimensões correspondentes, constando o número de indicadores correspondentes em cada uma.

TABELA 1- Dimensões avaliativas e número de indicadores

Tabela 1 – Dimensões avaliativas e número de indicadores			
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	Nº DE INDICADORES	
Gerência	Planejamento e Avaliação	6	19
	Coordenação do trabalho	5	
	Interação com a comunidade	2	
	Acesso	2	
	Insumos básicos	4	
	(vacina, exames e medicamentos)		
	Promoção e educação em saúde	3	
Vigilância em saúde	3		
Assistência	Organização Geral da Assistência:	10	46
	• Demanda Espontânea		
	• Assistência Médica		
	• Saúde Bucal		
	• Enfermagem		
	• Agente Comunitário de Saúde		
	Atenção à Mulher	15	
	Atenção a Adultos e Idosos	8	
	Atenção a Crianças e Adolescentes	7	

Fonte: Castanheira, 2012

4.1.1. Perfil dos municípios avaliados nas aplicações anteriores (2007 e 2010) e no piloto

A primeira aplicação do QualiAB em 2007 se deu por meio de questionário em formato impresso e eletrônico, com apoio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) e adesão voluntária dos gestores municipais, contando com a participação de três Departamentos Regionais de Saúde (DRS) – Bauru, Registro e Sorocaba – conforme divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), que congrega ao todo 17 DRS. A segunda aplicação, em 2010, aberta à adesão dos municípios de todo o estado, contou também com a participação de municípios desses três DRS.

O processo de regionalização desencadeado pelo Pacto pela Saúde em 2006 desdobrou-se, no estado de São Paulo, na constituição de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas para fins de planejamento, avaliação e dimensionamento de redes. Os DRS se mantêm como divisão administrativa da SES SP, sendo que os DRS de Sorocaba e Bauru correspondem às RRAS 08 e 09 respectivamente, e o DRS de Registro integra juntamente com o DRS da Baixada Santista, a RRAS 07. A Portaria GM/MS nº 4279/10 traz que as RRAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão”, com ações organizadas entre a APS e os outros níveis de atenção do sistema de saúde (SÃO PAULO, 2014, p. 10).

Localizam-se nessas três regiões 131 municípios, atualmente com um total estimado de 650 serviços de APS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2014). A população total dessas áreas está na Tabela 2 a seguir e com dados para RRAS 07 apenas da DRS Registro (SÃO PAULO, 2014).

TABELA 2- População e número de municípios dos DRS de Bauru, Registro e Sorocaba

DRS	POPULAÇÃO TOTAL	Nº DE MUNICÍPIOS
VI – Bauru	1.624.623	68
XII – Registro	273.566	15
XVI – Sorocaba	2.243.016	48

A população tem como característica geral baixa utilização do sistema suplementar de saúde, especialmente naqueles de pequeno porte e baixa atividade industrial. Os municípios com menos de 50 mil habitantes, em sua maioria, apresentam graus desfavoráveis do Índice Paulista de Responsabilidade Social, concentrando-se nos grupos 4 e 5, com piores indicadores (CASTANHEIRA et al., 2014; SEADE, 2007).

A Tabela 3 contém o porte populacional dos municípios que participaram das duas aplicações do QualiAB, num total de 91, aproximadamente 70% dos existentes nos três DRS. Pode-se observar que as regiões abrangem em maioria municípios de pequeno porte e a RRAS de Bauru contém maior número de municípios avaliados, seguida por Sorocaba e por fim Registro.

TABELA 3- Distribuição do número de municípios por DRS avaliados em 2007 e 2010 conforme porte populacional

PERFIL POPULACIONAL	Nº DE MUNICÍPIOS		
	DRS REGISTRO	DRS SOROCABA	DRS BAURU
< 10.000	0	7	23
10.000 a 50.000	8	16	28
50.000 a 100.000	1	2	1
> 100.000	0	4	1
Total	9	29	53

Fonte: QualiAB, 2010.

4.1.2. Confiabilidade do questionário QualiAB

Para verificar a manutenção da confiabilidade do instrumento em sua segunda aplicação em 2010, foi realizada a correlação entre respostas do questionário por meio da estimação do coeficiente *alfa de Cronbach*, com o uso do software SPSS Statistics 20, considerando-se todo o universo de serviços que responderam ao instrumento QualiAB em

2007 e em 2010 e utilizando para a análise a pontuação obtida em cada serviço e em cada questão. O valor mínimo aceitável para o alfa global é de 0,70 (STREINER, 2003 apud ALMEIDA; SANTOS; COSTA, 2010).

Na avaliação em 2007 aderiram 115 municípios, (88%), com a participação de 598 (92%) unidades de APS das regiões envolvidas (DRS de Bauru, Sorocaba e Registro). Durante a análise das respostas foram excluídos 44 serviços com mais de 10% de questões não respondidas, com índices muito baixos ou que atendiam de forma especializada ou sem médicos nas equipes fixas nos serviços. Assim do total de 598 serviços que responderam, foram considerados válidos 524, distribuídos nos 115 municípios das regiões avaliadas (CASTANHEIRA et al., 2014).

Em 2010 o questionário QualiAB foi adotado como parte de um programa de apoio à Atenção Básica pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, sendo aplicado em formato eletrônico para resposta *on line*, após adesão voluntária do gestor municipal. Responderam 2.735 (95%) dos serviços de 586 municípios (90,8% do Estado), com maior adesão dos municípios de pequeno e médio porte (CASTANHEIRA, 2012; ANDRADE & CASTANHEIRA, 2011).

Em 2007 o *alfa de Cronbach* geral do instrumento, considerando todos os serviços (598) que responderam no período, foi de 0,967 e se o item (ou questão) deletado variou entre 0,967 e 0,968. O instrumento aplicado em 2010 recebeu poucas modificações e para a aplicação em 2.735 unidades o alfa foi de 0,932, com variação entre o item se deletado de 0,929 e 0,933.

Os resultados apontam um instrumento confiável para as duas aplicações, e que indicam que cada item, ou seja cada questão do questionário, são importantes e correlacionadas, portanto não devem ser excluídas, pois ganham significado quando avaliadas em conjunto, o que corrobora com a construção do QualiAB segundo a qual a qualidade é avaliada pelo conjunto de indicadores, que podem ser agregados por dimensões e subdimensões adotadas.

4.2. Descrição do processo de revisão e atualização do instrumento por pares

Durante o primeiro ano do projeto foram realizadas três oficinas presenciais e duas videoconferências entre a equipe de pesquisadores para organização das atividades, revisão do instrumento por grupo de questões, identificação e discussão dos pontos fortes e falhas do

instrumento, balanços das revisões realizadas e discussão dos padrões para definição da pontuação. A equipe de pesquisadores que integrou os Grupos de Trabalho (GT) é multidisciplinar, composta por 15 profissionais com diferentes formações e inserções institucionais, conforme descrito na Tabela 4. Esses pesquisadores além de colaborarem com a etapa de revisão, foram responsáveis em aplicar em cada sítio na fase de pré-teste para os gerentes de unidades. A composição multiprofissional é um fator colaborador para discussão da complexa atribuição da APS para compor a atualização do instrumento QualiAB.

TABELA 4- Equipe de pesquisadores segundo instituição de ensino superior, formação e função nas respectivas universidades

UNIVERSIDADE	FORMAÇÃO	FUNÇÃO
UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu	2 Medicina	Orientador (a)
		Docente
	1 Fisioterapia	Mestrando (a)
	2 Serviço Social	Doutorando (a)
		Pós Doutorando (a)
USP – Universidade de São Paulo	1 Fonoaudiologia	Doutorando (a)
	1 Gerontologia	Doutorando (a)
	3 Medicina	Docente
		2 Doutorandos (as)
	1 Assistente Social	Doutorando (a)
UFMT – Universidade Federal do Mato Grosso	1 Administração	Docente
UFMA – Universidade Federal do Maranhão	1 Medicina	Docente
	1 Agronomia	Pós Doutorando (a)
UEL – Universidade Estadual de Londrina	1 Enfermagem	Docente

Simultaneamente foi realizada a revisão bibliográfica das normas técnicas nacionais que orientam as ações na APS com relação à assistência, às ações na comunidade e ao gerenciamento na APS, utilizando-se tanto bibliografia indexada como literatura cinzenta produzida na área, e que orientou a atualização ao longo do processo de revisão das questões. Os GT se responsabilizaram pela revisão de conjuntos de questões e das normas técnicas correspondentes.

A revisão por GT foi realizada em três rodadas, por duplas ou trios de pesquisadores, em sistema de rodízio, ou seja, com a troca de questões revistas em cada rodada entre os GT. Após a consolidação de cada revisão houve a redistribuição das questões.

As questões foram agrupadas por grandes temas (Tabela 5) e divididas pelos GT. As questões de cada grupo foram sucessivamente avaliadas conforme modelo apresentado no Quadro 1. Assim avaliava-se o conteúdo do enunciado das questões e das alternativas, considerando o estudo das normas técnicas e o Guia de Boas Práticas como norteadores. O Guia de Boas Práticas consiste em um manual elaborado nas aplicações anteriores que

fornece conteúdo teórico sobre as ações realizadas pelas unidades de APS, conforme normas técnico científicas.

TABELA 5- Divisão das 85 questões do questionário QualiAB original, segundo grandes temáticas por quantidade de questões relacionadas

TEMAS	QUESTÕES (N)
Assistência Geral	21
Gerência	31
Saúde da Criança e do adolescente	8
Saúde da Mulher	16
Saúde do Adulto e do Idoso	9

QUADRO 1- Quadro de revisão das questões

(enunciado da questão) Assinale uma alternativa	SIM (1) NÃO (2) DÚVIDA (3) NSA (4)	EXPLICAÇÕES	OBSERVAÇÕES
A norma que sustenta a questão está clara? Explícite-a			
O critério que sustenta a questão está claro? Explícite-o			
O indicador que sustenta a questão está claro? Explícite-o			
A norma que sustenta a questão é relevante e atual?			
O critério que sustenta a questão é relevante e atual?			
O indicador que sustenta a questão é relevante e atual?			
A redação da questão e das alternativas está clara? Aponte correções necessárias?			
As alternativas "cobrem" todo o espectro possível de respostas?			
A resposta deve permanecer no mesmo formato (apenas 1 alternativa ou assinale uma ou mais?)			
Os padrões estão adequados?			
A pontuação para a medida do padrão é clara e adequada?			
As recomendações de boas práticas "cobrem" adequadamente a questão?			
Há outras questões que tratam da mesma norma no questionário? Quais			
Há outras questões que tratam (ou que se aproximam muito) do mesmo critério?			

Fonte: Adaptado do Modelo de Revisão de Questões do Questionário QualiAB, in NEMES et al., 2010.

As duas primeiras revisões foram realizadas pelos pesquisadores apoiando-se pelo Guia de Boas Práticas de 2007 e com análise de seu conteúdo por meio de consulta

bibliográfica, na terceira revisão as questões descritivas não foram discutidas. Houve duas consolidações intermediárias das revisões que discutiram o instrumento como um todo, gerando versões do questionário que foram novamente revistos. A Tabela 6 apresenta as alterações principais de cada tema distribuído para os GT e em cada rodada de revisão.

TABELA 6- Resultado das revisões realizadas conforme área temática dividida pelos GT

GRUPOS DE TRABALHO	RESULTADOS	1ª RODADA	2ª RODADA	3ª RODADA
Gerência	Alteradas	22	17	15
	Suprimidas	1	0	7
	Acrescentadas	3	1	9
	Sem alteração	8	13	2
	Total Final	30	31	26
Assistência Geral	Alteradas	10	11	10
	Suprimidas	3	1	1
	Acrescentadas	0	0	7
	Sem alteração	7	9	1
	Total Final	21	20	18
Mulher	Alteradas	13	12	13
	Suprimidas	0	0	5
	Acrescentadas	0	3	2
	Sem alteração	3	4	0
	Total Final	16	19	15
Adulto e Idoso	Alteradas	7	1	11
	Suprimidas	0	0	3
	Acrescentadas	0	5	8
	Sem alteração	2	8	0
	Total Final	9	14	19
Criança e do Adolescente	Alteradas	5	7	8
	Suprimidas	0	0	3
	Acrescentadas	1	1	1
	Sem alteração	2	1	0
	Total Final	8	9	9

Após a terceira rodada, novos temas pertinentes ao contexto da APS ainda estavam pouco explorados ou não constavam no questionário, assim algumas questões tiveram alternativas inseridas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, Atenção ao Adolescente, Saúde Mental e novas questões sobre Saúde do Homem, Saúde do Trabalhador, controle de medicações controladas além de emancipar as alternativas para os aspectos multiprofissionais do cuidado em saúde, pouco contemplados até então, contribuindo para a visão da equipe de apoio e da rede local/regional do sistema de saúde. O instrumento obtido após as três rodadas era composto por 106 questões. Uma última revisão pela equipe, considerando as temáticas

apontadas, definiu a versão final dessa etapa, que passou a contar com 111 questões (QAB1), questionário aplicado na fase seguinte de Pré-teste.

4.3. Aplicação Pré-teste nos cinco sítios

A versão resultante do processo de revisão por pares (QAB1) foi enviada para gerentes de 30 serviços escolhidos, nos cinco sítios que compõem o projeto. Para consulta o questionário teve o acréscimo de três perguntas ao lado de cada questão do instrumento, sobre a especificidade e sensibilidade, com espaço para sugestões que melhor contemplassem a realidade de cada local, conforme a seguir:

1- Essa questão está inteligível?

(0) Não (1) Sim

2. As alternativas contemplam a realidade de seu serviço?

(0) Não (1) Sim

3. Qual a importância dessa questão, numa escala de zero a cinco, enquanto indicador de qualidade?

0 1 2 3 4 5

4. Dúvidas e sugestões.

As duas primeiras questões são dicotômicas e a terceira apresenta escala de 0 a 5 para definição do grau de importância, que será analisada por grupos de respostas 0 e 1 como baixa, 2 e 3 média e 4 e 5 alta. A última é aberta para que o gerente pudesse acrescentar comentários ou sugestões de alteração das questões ou das alternativas.

A proposta inicial do projeto visava o envio para seis unidades de cada sítio componente do projeto com a finalidade de obter 30 unidades consultadas e que contemplassem a heterogeneidade da organização locorregional dos serviços. No entanto, houve dificuldades em cumprir com essa estratégia, optando-se por um aumento da amostra no interior de São Paulo por facilidade de acesso, mantendo-se o n inicialmente previsto. Optou-se também por realizar a aplicação direta por pesquisadores da equipe, ou seja, com entrevistadores de modo presencial em um dos municípios, com o objetivo de facilitar a compreensão das questões e alternativas e a própria aplicabilidade do questionário, considerando o tamanho do instrumento e a ordem das questões.

Assim, o instrumento foi enviado a 30 gerentes de unidades de saúde escolhidas por conveniência, ou seja, pela possibilidade de contato da equipe de pesquisadores em cada sítio com gestores municipais e gerentes de serviços dispostos a responderem o questionário e a

contribuírem com sua avaliação. Procurou-se contemplar em cada sítio unidades com estratégias de organização diferentes – centros de saúde mais tradicionais; unidades de estratégia de saúde da família com uma equipe e com múltiplas equipes, entre outras. Um diário de campo para preenchimento foi entregue ao pesquisador responsável pela aplicação, o qual consta no Anexo 3.

O pré-teste foi respondido na forma de um questionário impresso juntamente com o diário de campo preenchido pelo pesquisador responsável pelo contato e recebimento em mãos após a resposta de cada unidade pelo pesquisador local, o qual enviou pelo correio todo o material para a equipe de Botucatu. A aplicação no município de Itaí se deu pessoalmente pela equipe de pesquisadores, pelo fato de facilidade de acesso e contato com o gestor da saúde do município. Assim, cada pesquisador da equipe foi responsável por visitar um serviço, sendo o questionário respondido ininterruptamente, o que demonstrou que por ser extenso, torna exaustivo a partir de um determinado número de questões, com duração em média de uma hora e meia, se fazendo necessário ter como objetivo a programação do software possibilitar a interrupção e salvamento das respostas para retorno posterior, assim como ocorreu na aplicação de 2010.

As frequências das respostas obtidas nessa aplicação permitem caracterizar os serviços considerando diferentes contextos, já que a aplicação pré-teste configura-se no primeiro momento que o QualiAB é utilizado em outros estados. A distribuição geográfica das unidades que responderam ao pré teste pode ser vista na Tabela 7.

TABELA 7- Número de serviços que responderam a versão QAB1 por município e estado

ESTADO – REGIÃO (SÍTIO)	MUNICÍPIO	Nº DE SERVIÇOS
SP – Interior	Bauru	03
	Lençóis Paulistas	01
	Itaí	05
	Botucatu	02
	Itatinga	01
SP - Grande São Paulo	São Paulo	03
PR – Londrina	Londrina	05
MT – Cuiabá	Cuiabá	02
	Chapada dos Guimarães	02
MA – São Luís	São Luís	06
		Total: 30

Participaram da consulta a gerentes e equipes locais 16 Unidades de Saúde da Família (USF), das quais 8 com equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários) e equipe de saúde bucal, 5 só com equipe mínima e 3 com equipe

com diferentes especialidades; e 12 Unidades Básicas de Saúde “tradicionais”, das quais 5 com equipes de saúde da família e 2 com PACS; uma autoclassificada como outro tipo e um *missing*.

Houve várias questões sem resposta, como o caso de duas unidades que não responderam blocos inteiros de questões, entretanto, consideram-se as respostas realizadas, já que essa consulta visava o desenvolvimento da nova versão do questionário e não a avaliação dos serviços. Outras unidades também deixaram algumas questões em branco mesmo avaliando positivamente o enunciado e as alternativas.

Algumas observações foram realizadas pelos gerentes, conforme descreve-se sucintamente a seguir, a partir das observações registradas na questão aberta (“dúvidas e sugestões”).

Primeiramente discute-se a pertinência de algumas questões ou alternativas para a realidade do serviço, ou a adequação, sugerindo algumas alternativas, as quais foram avaliadas nas oficinas de análise do material, além de questões que não continham a negativa de não realização da ação abordada. Foram mencionados questionamentos como: dúvidas como se a gestão questionada no início do instrumento corresponde à municipal ou à local; os turnos de funcionamento de unidade variam muito considerando unidades volantes ou que realizam atividades em período noturno ou esporádicas em fins de semana; em relação aos equipamentos foi assinalado por alguns respondentes que a existência do recurso material não representa a qualidade da ação executada nem mesmo sua utilização, o que gerou o questionamento se isso indica qualidade ou não e quanto depende exclusivamente do próprio serviço.

Sugestões como questões que estavam com possibilidade de única resposta passaram a ser múltipla, além da inclusão de grupos populacionais como indígenas e quilombolas, considerando que o instrumento está sendo atualizado para uso nacional, inserção de procedimentos como lavagem de ouvido foram mencionadas por vários respondentes. Outros temas abordados, como por exemplo a demanda espontânea ou demanda do dia - esse conceito é relativo com planejamento de acesso ao serviço – mas também salientam a importância desses indicadores; também refere que *screening* é um bom tema para avaliar atividade educativa e participação do usuário. Abranger na discussão de ações com grupos como crianças e adolescentes questões de vulnerabilidade, levantamento de necessidades especiais (alergia ao leite, prótese), perfil da demanda, condições de vida (cuidado da criança, cuidador, ambiente, creche/escola). Também foram sugeridos outros temas de educação em

saúde como *bullying*, violência, temas em saúde do homem, envelhecimento, participação comunitária na unidade, assim como questionou-se se campanha e palestras podem ser consideradas ações reais de educação em saúde. Um gerente entrevistado refere que possui dificuldades em trabalhar sexualidade em escolas pela resistência dos pais dos estudantes.

Uma unidade refere que não trabalha com agendamento de consulta, apenas demanda espontânea. Outro serviço refere que exames de sorologia são feitos em laboratório centralizado. Algumas unidades do mesmo município referem que a farmácia é centralizada e as medicações são fornecidas apenas neste local, para injetáveis os usuários têm que buscar a medicação e retornar à unidade para a aplicação.

O tempo de espera para agendamento e para acesso às especialidades apresenta em algumas unidades como um grande dificultador externo ao serviço, que necessita de intervenção no fluxo, assim como a vigilância dos faltosos, que muitas vezes não são convocados e fica a cargo de controle de apenas um profissional conforme sua disponibilidade.

Quanto à rede de atenção e serviços de referência para a unidade discute-se existir meio de acompanhamento intersetorial de acesso e resolatividade mais eficaz, isto evitaria mais internações e qualidade de vida melhor do acamado e cuidador. Quanto à área de abrangência, uma unidade refere não trabalhar com esse planejamento, e outras referem que apesar de ter uma área pré estabelecida muitos usuários de fora procuram a unidade, o que gera dados divergentes, inclusive sobre o número de moradores e famílias. Assim dados epidemiológicos também são referidos como de difícil acesso ou que constam informações regionais, que não apoiam um diagnóstico local, além do fato de que em casos de notificação compulsória que é realizada em outro serviço e a unidade não tem ciência.

Com relação a assistência à saúde da mulher houve muitas dúvidas para responder as questões referentes aos critérios para solicitação e execução de mamografia e papanicolaou, respectivamente, algumas unidades referem não apresentar critérios conforme faixa etária ou histórico familiar, e sim livre procura da usuária. Outra questão mencionada refere-se a realização de tratamento para casos positivos de sífilis em outros locais, já que isso pode representar dificuldade de acesso ao tratamento. Uma unidade refere que não realiza sorologia para rubéola em nenhum trimestre da gestação por orientação do Grupo de Vigilância Epidemiológica.

Uma unidade refere em relação à saúde do trabalhador que poucos casos surgem na unidade. Outros referem que atendem uma população na qual a maioria trabalha na

informalidade/sub emprego. Pode-se inferir que quando procuram a unidade muitas vezes esses usuários apresentam queixas que tendem a não ser atribuídas a sua atividade laboral. Com relação ao atendimento de pacientes portadores de condições crônicas como hipertensão e diabetes uma unidade da capital de São Paulo refere que possui atendimento baseado em protocolo próprio. Quanto ao atendimento às DST, uma unidade refere que apesar de contar com um bom suporte dos serviços de referência, possui baixa adesão ao tratamento e/ou abandono.

Por fim, uma Unidade Básica de Saúde baseada em modelo *tradicional* com uma equipe de Saúde da Família refere que suas reuniões são voltadas apenas para a equipe da ESF, e não em conjunto com outros membros da unidade.

Com relação ao diário de campo respondido pelo pesquisador responsável em cada região, todos referem a disponibilidade dos gestores municipais que foram solícitos e buscaram auxiliar no contato com as unidades. Algumas críticas foram comuns na maioria dos registros, como o tamanho do instrumento muito grande, o que torna o processo de preenchimento cansativo. Essa observação reforça a necessidade de avaliar a pertinência e capacidade de discriminação de cada questão, e a necessidade do software para aplicação final possibilitar a pausa e salvamento das respostas. Outro aspecto comum está na dificuldade em responder as questões de saúde bucal quando não conta com a presença do dentista, o que pode apontar que esse profissional atua na unidade de forma mais isolada e a equipe não tem conhecimento sobre seu processo de trabalho.

Quanto à estrutura das unidades algumas são pequenas, pouco ventiladas, com arquitetura antiga e cômodos inapropriados para as atividades. Os profissionais foram atenciosos com o pesquisador, mas demonstravam preocupação em tentar responder “certo” e um pouco de timidez, mesmo sendo orientados que não se tratava de uma avaliação propriamente dita e sim uma pesquisa que realiza uma consulta aos gerentes e à equipe para melhoria do questionário. A unidade que possui convênio com uma instituição de ensino superior possibilitou que a equipe discutisse vários pontos utilizados no instrumento e fizesse diversos comentários e sugestões, como observar que algumas questões eram muito “radicais” no sentido de deixar a questão difícil de responder ou faziam certa indução de resposta, além de termos que poderiam ser trocados para outros utilizados de forma mais abrangente nacionalmente. Também sugeriram alteração na ordem das questões e blocos, algumas contempladas na revisão. Por fim, algumas unidades comentam interesse em participar

futuramente da aplicação do QualiAB. Essas observações foram agregadas aquelas registradas no diário de campo.

A aplicação presencial em um município reafirmou e esclareceu alguns questionamentos levantados em relação ao questionário, seja para a compreensão do enunciado da questão ou de termos específicos. Em relação à estrutura dos serviços alguns respondentes referiram que apesar de conter no serviço determinado equipamento nem sempre o mesmo estava em uso, seja por viabilidade, manutenção ou qualquer outra razão. Alguns termos como “matriciamento” não eram claros quanto ao seu significado, assim cada dúvida foi analisada e esclarecida. Pode-se também ver que a coordenação da rede de saúde municipal é nomeada de diferentes formas, como “diretoria”, “secretaria” ou “coordenadoria”, gerando dúvidas, e indicando a necessidade de alterações.

Dos 30 serviços consultados, 19 (63,3%) localizam-se em região urbana periférica, 9 (30%) em região central e 4 (13,3%) em região rural, sendo que 11 (36,7%) são administradas por secretarias municipais de saúde. Quanto à definição da área de abrangência, chama a atenção que em 11 (36,7%) a área é definida pelo nível central da secretaria de saúde, e 8 (26,7%) não tem definição de área, portanto o planejamento não ocorre em conjunto com a equipe ou a população.

Com relação à estrutura 19 (63,3%) referem ter condições de acesso aos portadores de deficiências, mas apenas 14 (46,7%) possuem banheiro adaptado para esses usuários. A existência de carrinhos de emergência foi referida por 15 (50%), mas apenas 43,3% serviços possuem desfibrilador. Em relação ao acesso a medicamentos, 5 (16,7%) unidades referem não entregar medicamentos.

Embora quando auto clasifiquem o tipo de serviço as unidades com equipes de saúde da família somem no máximo 23 unidades, se consideradas as UBS tradicionais com ESF e com PACS, 25 (83,3%) referem possuir equipe de saúde da família. Do total, apenas sete possuem apoio de equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), e 8 (26,7%) referem não receber apoio matricial de nenhuma instância.

Quanto à participação em avaliações anteriores, 9 unidades referem ter participado de avaliações anteriores do QualiAB (30%) e 24 (80%) do AMAQ. A avaliação externa do PMAQ não foi incluída como um item na questão, o que foi feito na versão seguinte.

Com relação aos procedimentos 19 (63,3%) referem aplicar Penicilina Benzatina e 6 (20%) não realizam vacinação, 15 (50%) fazem teste de gravidez na urina e 22 (73,3%)

exames clínicos laboratoriais, sendo que 4 (13,3%) não realizam sorologia para HIV, sífilis e hepatites virais em gestantes.

Quanto ao registro de informações, 22 (73,3%) referem usar o sistema de registro SIAB, e 2 (6,7%) referem não fazer registro da produção assistencial, dado que corrobora com o resultado da questão sobre os obstáculos vivenciados pela unidade que aponta a “necessidade de informatização dos dados” como a mais assinalada, seguida de “falta de recursos humanos”.

Para educação em saúde as principais estratégias mencionadas são atividades em instituições locais, campanhas e palestras, sendo que na comunidade os principais temas abordados são prevenção de DST e Aids e tuberculose e hanseníase, já na unidade acrescenta-se a essas ações o câncer ginecológico. Deve-se lembrar que as atividades de educação em saúde no espaço da unidade ou mesmo da comunidade deve estar atrelada às necessidades locais, vistas em conjunto com a população, para ser uma prática que ultrapassa campanhas oriundas de ações federais, estaduais e municipais, e sim em consonância com a realidade local.

Com relação ao fluxo da demanda espontânea, 20 (66,7%) referem realizar classificação de risco por auxiliares ou técnicos de enfermagem com supervisão. Uma unidade refere só atender não agendados.

Na vigilância sobre os resultados de exames 14 (46,7%) referem avaliar quando o paciente comparece à unidade e 14 (46,7%) quando os exames chegam à unidade. Somente duas unidades referem não realizar convocação de faltosos às consultas para nenhuma condição, sendo que as maiores concentrações de convocação estão voltadas para gestantes (80%) e exames alterados (80%) e as menores para crianças em seguimento de puericultura (50%) e de crianças até dois anos (33.3%).

Com relação à assistência, uma unidade refere não fazer exame de coleta de papanicolaou e 3 não fazem pré-natal, e para os que realizam 50% refere 8 ou mais consultas. O principal critério para o exame é a livre demanda e são oferecidos por 60% durante 1 a 3 vezes por semana. 3 unidades referem casos de sífilis congênita recentes e 3 não atendem crianças, 12 (40%) não realizam atividades em escolas e creches voltadas à saúde da criança. Apenas 3 trabalham com protocolo específico para casos de violência contra crianças e adolescentes. As especialidades com maior tempo de espera para a consulta são neurologia e gastroenterologia.

Para a saúde do idoso, 5 unidades referem não realizar ações específicas para a saúde do idoso e uma não atende pacientes com condições crônicas de hipertensão e diabetes. 12 (40%) não atendem demandas em saúde do trabalhador, 3 não possuem equipe de saúde bucal, e 6 (20%) não realizam reuniões de equipe. Com relação ao gerenciamento local, 22 (73,3%) unidades são gerenciadas por enfermeiros e os principais profissionais capacitados no último ano são, em sequência: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, médicos e dentistas.

A seguir apresenta-se a avaliação feita pelos gerentes, com relação à compreensão das questões e das alternativas (inteligibilidade), e quanto a adequação ao cotidiano do serviço, ou seja, se as alternativas estão de acordo com o processo de trabalho vivenciado e o grau de importância atribuído a cada uma, entre 0 e 5 (Tabela 8).

Considerando uma nota de corte de 70% do total de respostas obtidas, verifica-se que para inteligibilidade 11 questões apresentaram avaliações positivas inferiores a 70%. Em relação à adequação, 32 obtiveram menos de 70% de respostas positivas quanto à aplicabilidade das alternativas em sua realidade, conforme apresenta-se na Tabela 8. Considerando os domínios avaliativos do instrumento são 10 questões relacionadas à Gerência e 26 de Assistência, além de outras duas descritivas.

Para avaliação da importância da questão diante do contexto da APS, a distribuição das notas atribuídas entre 0 e 1 (não é importante), 2 e 3 (indeterminado) e 4 e 5 (muito importante), aponta que 11 questões obtiveram notas 0 ou 1, segundo a nota dada por um ou dois gerentes; as notas 2 e 3 foram registradas para 86 questões, sendo que nove dessas com uma frequência maior, entre quatro e cinco registros. Quanto às notas 4 e 5, 17 questões apresentaram menos de 20 registros, em todas as demais, 20 ou mais gerentes atribuíram um elevado grau de importância.

TABELA 8- Questões com intelegibilidade e/ou adequação inferior a 70% e grau de importância atribuídos pelos gerentes de 30 serviços participantes do pré teste, segundo questões Descritivas (D) e Pontuadas (P) por Domínio (Gerência e Assistência). Revisão do questionário QualiAB, versão QAB1.

Nº DA QUESTÃO*	INTELEGIBILIDADE		ADEQUAÇÃO À REALIDADE DO SERVIÇO N (%)		GRAU DE IMPORTÂNCIA (Nº)		
	N	(%)			0 e 1	2 e 3	4 e 5
Descritivas							
2 D	16	(53,3%)	25	(83,3%)	0	1	23
18 D	20	(66,7%)	25	(83,3%)	0	4	16
Gerência							
4 P	26	(86,7%)	20	(66,7%)	0	1	24
12 P	22	(73,3%)	18	(60%)	1	1	22
24 P	20	(66,7%)	17	(56,7%)	0	4	18
25 P	20	(66,7%)	20	(66,7%)	0	3	19
27 P	21	(70%)	20	(66,7%)	0	1	20
44 P	20	(66,7%)	22	(73,3%)	1	4	17
46 P	20	(66,7%)	20	(66,7%)	0	2	19
48 P	18	(60%)	19	(63,3%)	0	0	19
83 P	21	(70%)	20	(66,7%)	0	1	22
108 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	2	21
Assistência							
36 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	1	23
38 P	21	(70%)	20	(66,7%)	0	1	21
47 P	20	(66,7%)	21	(70%)	0	4	17
50 P	20	(66,7%)	20	(66,7%)	0	0	23
53 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	2	20
54 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	0	23
63 P	20	(66,7%)	21	(70%)	0	1	22
65 P	23	(76,7%)	18	(60%)	0	1	23
66 P	16	(53,3%)	21	(70%)	0	1	20
68 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	4	19
71 P	22	(73,3%)	17	(56,7%)	0	1	22
73 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	3	19
74 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	3	19
75 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	2	21
82 P	21	(70%)	20	(66,7%)	0	2	21
84 P	22	(73,3%)	18	(60%)	0	2	21
85 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	1	22
86 P	22	(73,3%)	1	(63,3%)	0	2	20
88 P	23	(76,7%)	19	(63,3%)	0	2	21
89 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	1	22
90 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	5	18
91 P	23	(76,7%)	20	(66,7%)	0	1	22
93 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	1	22
94 P	22	(73,3%)	20	(66,7%)	0	1	22
100 P	22	(73,3%)	19	(63,3%)	0	3	19
101 P	21	(70%)	19	(63,3%)	0	3	19

* Número da questão correspondente na versão QAB1 (111 questões)

As questões relacionadas à Assistência possuem os grupos populacionais atendidos e a organização direta do processo de trabalho para com o usuário, essas questões foram as principais mal avaliadas no pré teste, e para todo o conjunto de questões o principal aspecto apontado é a não adequação com a realidade dos serviços. Com relação à Gerência, a disponibilidade de insumos e oferta de exames e procedimentos e das questões descritivas apontaram a questão relacionada ao planejamento da área de abrangência e o número de consultas médicas.

Essa análise permite um novo olhar sobre as questões pela percepção dos gerentes, dando subsídios à revisão para possibilidade de exclusão de questões mal avaliadas ou revisão quando são vistas como não condizentes com as realidades locais dos serviços. Ao final dessa etapa, 15 questões foram acrescentadas sendo 3 descritivas e 12 pontuadas, uma relacionada à dimensão Gestão Municipal da Saúde e 11 de Assistência, 81 questões tiveram alteração em alternativas e 50 no enunciado das questões. A nova dimensão, intitulada “Gestão Municipal de Saúde”, que reúne indicadores já existentes e inclui novos, possui o intuito de considerar que há aspectos do processo de trabalho com influência direta da gestão municipal, como por exemplo os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço ou que representam a rede de apoio à unidade, como no caso da existência de equipe NASF.

O instrumento obtido (QAB2) foi resultado da análise das respostas, da opinião dos gerentes e dos registros em diário de campo, elaborando-se uma nova versão com 126 questões, sendo 105 pontuadas e 21 descritivas não pontuadas, contando com 1414 alternativas.

O instrumento obtido manteve a mesma estrutura do instrumento original com questões pontuadas (que definem os indicadores) e questões descritivas. O número de questões para cada modelo consta na Tabela 9, que diferencia as questões pontuadas de única alternativa com as de múltipla.

As questões pontuadas mantiveram o padrão do instrumento de 0, 1 ou 2, a proposta para as questões de única alternativa é manter a pontuação de 0, 1 e 2, e para as de múltipla escolha de alternativa explicita-se a seguir:

$$\text{SOMA} = X$$

- Maior que 75% de $X = 2$
- Menor ou igual a 75% e maior ou igual a 25% = 1
- Menor que 25% = 0

A seguir apresenta-se um exemplo de questão de única escolha e uma de múltipla pertencentes à versão QAB2 e a Tabela 9 contém o número de questões por tipo.

19. Os dados epidemiológicos da região são:

Assinale apenas uma alternativa

- ☐ 1) Utilizados pela gestão municipal e pela unidade para o planejamento das ações locais de saúde
- ☐ 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade para organização das ações
- ☐ 3) Não são utilizados para o planejamento

16. A Unidade utiliza para registro das informações os seguintes sistemas de informação:

Assinale uma ou mais alternativas

- ☐ 1) SIAB
- ☐ 2) e-SUS/SISAB
- ☐ 3) Sistema de informação próprio do município
- ☐ 4) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- ☐ 5) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- ☐ 6) SIS PreNatal
- ☐ 7) SIS HIPERDIA
- ☐ 8) Outros sistemas de informação Quais: _____
- ☐ 9) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

TABELA 9- Distribuição das questões por tipo de pontuação, QualiAB, 2015

TIPO DE QUESTÃO	QUANTIDADE
Simples	23
Somatória	82
Total de questões pontuadas	105
Total de questões descritivas	21

O questionário obtido foi submetido à aplicação piloto e à apreciação pelos especialistas, possuindo a opção “outros” em diversas questões de múltipla escolha para a possibilidade de que alternativas comuns em várias respostas possam ser contempladas no instrumento. Algumas questões de múltipla escolha estavam com um grande número de alternativas, assim a aplicação piloto seria um meio de rever a pertinência das mesmas e buscar enxugar o questionário baseando-se na realidade dos serviços.

4.4. Aplicação piloto na RRAS de Bauru

Para estabelecer contato e apresentar o projeto aos gestores da região foram realizadas participações dos pesquisadores da equipe em cinco reuniões de Câmara Técnica e cinco da Comissão Intergestores Regional. Nestes encontros eram apresentados o histórico do projeto, os objetivos da atualização e validação e o site www.fmb.unesp.br/qualiab, no qual constavam todos os dados do projeto e os formulários de adesão do gestor municipal, dos gerentes das unidades para então iniciar o processo de resposta. O sistema permitia que o questionário fosse salvo para continuar posteriormente a respondê-lo.

Após os gestores se cadastrarem e verificarem o número e nome das unidades de seu município, os gerentes faziam sua adesão recebendo um *login* e senha para responder ao instrumento. Foram realizados contatos telefônicos e por e-mail para incentivo à adesão e ao preenchimento até o final, também foi contatada na secretaria do DRS a equipe das Articuladoras da Atenção Básica para estimular a participação.

A RRAS 09 é constituída pelas regiões de saúde de Lins, Bauru, Jaú, Vale do Jurumirim e Polo Cuesta, com 68 municípios e população em 2010 de 1.624.623 habitantes (SÃO PAULO, 2014). Atualmente, segundo o CNES há um total de 308 unidades de APS nessa região.

O questionário utilizou o software Lime Survey versão 2.05, tanto para adesão do gestor e o gerente como para resposta on line, sediado no site do projeto na Unesp. O software utilizado armazena as respostas num banco de dados mas não realiza automaticamente a pontuação prevista para cada questão, nem a nota (média das questões pontuadas) obtida pela unidade. O processo de resposta iniciava com a adesão do gestor municipal fazendo o seu cadastro pessoal, que continha os nomes da unidade de seu município, o que poderia ser editado por ele, e o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posterior a essa etapa, os gerentes das unidades faziam a adesão e realizavam seu cadastro pessoal para então iniciar a resposta do questionário. No site continha uma versão do questionário em PDF e todo o histórico do projeto e as publicações relacionadas.

A aplicação da nova versão do QualiAB (QAB2) recebeu a adesão de 51 municípios, ou seja, os gestores municipais acessaram e cadastraram-se, e em seguida o gerente da unidade faz seu cadastro e inicia o processo de resposta, no entanto 41 municípios tiveram pelo menos um de seus serviços com a resposta do questionário finalizada, totalizando 163 unidades de saúde. Portanto, considera-se que há uma cobertura em relação à RRAS 09 de

52,92% e entre os municípios que aderiram e responderam (41) de 65,46%, em um universo de 249 unidades.

O prazo inicial foi estendido e, os contatos realizados por meio de telefone e via e-mail, possibilitaram que um número maior de unidades respondessem por completo as fichas de adesão e ao instrumento. Foi possível observar que em alguns municípios houve troca do gestor responsável pela saúde o que comprometeu o envolvimento no processo avaliativo, já que novo contato e explicitação dos objetivos do projeto se faziam necessários.

Assim, houve revisão da pontuação de alternativas e das questões a serem utilizadas, os resultados desse piloto são analisados neste trabalho com relação a frequência sem haver descrição da mesma, pois o objetivo é definir um conjunto de estratégias para revisão e estimação do instrumento final, correlacionando o perfil de respostas em termos de variabilidade e consistência (*alfa de Cronbach* e outros) e cotejamento com os resultados da segunda rodada da apreciação pelos especialistas, para aperfeiçoamento e definição da versão final a ser aplicada nacionalmente (QAB3), produto final do presente projeto.

4.5. Consulta a especialistas por meio da Técnica Delphi

A seleção dos especialistas toma por base o seguinte processo: pesquisa ampla de indivíduos que se caracterizem no perfil estabelecido no estudo, conhecimento teórico e/ou prático, com a finalidade de obter e analisar respostas que julguem o objeto de estudo até se alcançar um consenso. O anonimato deve ser preservado já que reduz a influência que o *status* profissional ou acadêmico pode gerar, fomentando uma atuação mais ativa de todos os participantes (COUTINHO et al., 2013). Bruin-Kooistra e colaboradores (2012) referem que em seu estudo de validação foi essencial a configuração multiprofissional do painel de especialistas.

Foram identificados 25 especialistas em APS para constituição de um painel de profissionais que realizam pesquisas nessa área, e/ou estão diretamente ligados ao gerenciamento de serviços ou gestão pública na APS, com experiências de trabalho e pesquisa em diferentes regiões do país. Conforme demonstrado no Quadro 2, o grupo de especialistas era constituído por 17 graduados em Medicina, dois em Enfermagem e um para cada uma das áreas seguintes: Serviço Social, Fisioterapia, além de um formado em Ciências Domésticas e também em Nutrição e um em Sociologia e Ciências Políticas. Por fim, configurou-se num painel de especialistas abrangente considerando o território nacional, são 10 do Estado de São

Paulo, quatro do Rio de Janeiro, dois da Bahia, dois do Rio Grande do Sul, um de Mato Grosso, um de Pernambuco, um da Paraíba e um correspondente ao Ministério da Saúde. Primeiramente foi realizada consulta para participação do projeto via e-mail e a partir do aceite foram enviados o questionário atualizado e uma planilha em Microsoft Excel com os indicadores divididos em dimensões e subdimensões avaliativas.

QUADRO 2- Pannel de especialistas consultados por formação e área de trabalho e pesquisa ALTERAR

FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO)	ATUAÇÃO ATUAL
Ciências Domésticas e Nutrição	<u>Docente de universidade do Mato Grosso</u> <u>Linha de Pesquisa:</u> políticas sociais e de saúde com ênfase na atenção básica.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> avaliação em saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de tecnologias e serviços de saúde, avaliação econômica em vacinas, sistemas de informação hospitalares e de sistemas de saúde, saúde materno-infantil e mortalidade perinatal.
Enfermagem	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> vulnerabilidade, adesão e necessidades em saúde.
Enfermagem	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> recursos humanos em saúde, recursos humanos de enfermagem, trabalho em equipe, educação interprofissional, trabalho em saúde, trabalho de enfermagem e ocupações em saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado da Bahia</u> <u>Pesquisa:</u> Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Reforma Sanitária Brasileira e Sistema Único de Saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado da Bahia</u> <u>Pesquisa:</u> planejamento e programação em saúde, avaliação em saúde, atenção primária à saúde, promoção e vigilância da saúde, formação de recursos humanos em saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> avaliação de políticas públicas, avaliação de serviços e sistemas de saúde e gestão em saúde. Tem trabalhado com abordagem quanti-quali para a avaliação de serviços e sistemas de saúde.
Medicina	<u>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</u> <u>Pesquisa:</u> gestão em saúde; avaliação em saúde, avaliação das intervenções em saúde, institucionalização da avaliação e vigilância em saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de Rio Grande do Sul</u> <u>Pesquisa:</u> saúde do trabalhador, trabalho materno e de menores, doenças relacionadas com o trabalho e avaliação de políticas e serviços de saúde, especialmente de atenção primária em saúde.
Ciências Médicas	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> gestão e subjetividade, saúde mental, planejamento em saúde e políticas públicas, avaliação de políticas e serviços.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de Rio de Janeiro</u> Instituto Sul-americano de Governo em Saúde (ISAGS). <u>Pesquisa:</u> políticas de saúde, políticas e sistemas de saúde em perspectiva comparada, integração regional e políticas de saúde, avaliação em atenção primária em saúde e saúde da família.

FORMAÇÃO (GRADUAÇÃO)	ATUAÇÃO ATUAL
Serviço Social	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> atenção básica/ saúde da família, gestão em saúde, avaliação da atenção básica.
Medicina	<u>Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo</u> , coordenação de Atenção Básica. <u>Pesquisa:</u> Atenção Primária à Saúde, avaliação de programas e informações em saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> atenção primária à saúde, equidade no acesso aos serviços de saúde, exclusão social e iniquidades em saúde, imigração e saúde, metropolização e saúde, modalidades de gestão em saúde.
Fonoaudiologia	
Medicina	<u>Ministério da Saúde.</u>
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de Rio Grande do Sul</u> <u>Pesquisa:</u> integralidade em saúde, informação e comunicação em saúde, atenção à saúde, educação permanente em saúde, educação e saúde, trabalho em saúde, modelagens tecnoassistenciais em saúde e saúde suplementar.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> determinantes sociais da saúde e equidade, avaliação de serviços e programas de saúde, desigualdades em saúde e ambiente, indicadores compostos e políticas públicas, violência urbana, exclusão / inclusão social, promoção da saúde e da qualidade de vida, avaliação de iniciativas de cidades saudáveis, intersetorialidade.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> Ensino médico na atenção primária à saúde, Formação superior de profissionais de saúde, Organização tecnológica do trabalho na atenção primária à saúde, Comunicação e Saúde, Educação em Saúde, Inteligência Coletiva, Antropologia da Saúde.
Sociologia e Ciências Políticas	<u>Fundação Oswaldo Cruz</u> <u>Pesquisa:</u> Promoção da Saúde, Gestão e Avaliação de Programas.
Fisioterapia	<u>Universidade Federal de São Paulo</u> <u>Pesquisa:</u> reflexão e prática da avaliação de programas e serviços em saúde.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de Rio de Janeiro</u> <u>Pesquisa:</u> medicina de família e comunidade, saúde da família, qualidade em APS, vigilância em saúde, programação em saúde, políticas de saúde, qualidade dos cuidados primários de saúde e saúde da família.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado da Paraíba</u> <u>Pesquisa:</u> Atenção à Saúde, Política Planejamento e Gestão e Epidemiologia.
Medicina	<u>Docente de universidade do estado de Rio de Janeiro</u> <u>Pesquisa:</u> saúde coletiva, modelos tecnoassistenciais em saúde, avaliação de serviços de saúde sob a ótica da Integralidade, educação de profissionais de saúde, Integralidade em saúde e saúde suplementar.

Fonte: Plataforma Lattes, 2014.

A utilização da Técnica Delphi “modificada” deu-se em duas rodadas, para avaliação da clareza e pertinência dos indicadores de qualidade que regem o instrumento, assim como de sua relevância para mensurar a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde de APS. Ao final da primeira rodada são analisados e os resultados reenviados aos especialistas participantes. As respostas não são divulgadas nominalmente, preservando-se a confiabilidade

e o anonimato de cada especialista. As questões apresentadas na Tabela 10 foram submetidas a serem respondidas para cada indicador.

TABELA 10- Questões para apreciação pelos especialistas dos indicadores do questionário QualiAB (versão QAB2)

QUESTÃO	RESPOSTAS POSSÍVEIS
GRAU DE RELEVÂNCIA do indicador para a Atenção Primária	1
	2
	3
	4
	5
Apreciação do Indicador	Aceita
	Rejeita
Esse Indicador é aplicável nacionalmente?	SIM
	NÃO
SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO	SIM
	NÃO
	COMO?
COMENTÁRIOS	(livre)

Para a análise do “Grau de Relevância” utiliza-se a *Escala Likert* de cinco pontos crescentes, sendo o “3” o ponto central, 1 e 2 como polo que indica uma avaliação negativa do indicador e, 4 e 5 como polo que indica uma boa avaliação. O critério de corte considerado é de resposta de 80% ou mais para cada um dos três conjuntos de pontos considerados, ou seja, se 80% ou mais considerar o indicador como 4 ou 5 este é bem avaliado, se 1 ou 2 é mal avaliado. As demais questões são dicotômicas e há espaço aberto para sugestões de mudanças e comentários pertinentes.

A consolidação final desses dados da primeira rodada consiste também em uma síntese das opiniões e sugestões ofertadas e argumentação da equipe responsável pelo questionário, este material foi disponibilizado para o especialista na segunda rodada assim como as mesmas questões da Tabela 10 para que após a análise dos resultados possam ser realizados novos apontamentos ou confirmarem a resposta anterior dada.

Na primeira rodada 14 especialistas fizeram devolutiva e apresenta-se a seguir uma síntese dos resultados, sendo que foi considerado como ponto principal de análise o grau de importância da questão, pois demonstrou ser apontado de forma mais crítica, assim, a tabela de frequência das respostas consta nos Anexos 5, 6, 7 e 8, respectivamente as frequências da primeira rodada dos indicadores que apresentaram performance menor que 80% quanto à importância, em seguida a tabela com maior que 80% mas que obtiveram sugestões de alteração, depois a frequência da segunda rodada dos indicadores mal avaliados na primeira

rodada e por fim os bem avaliados que foram submetidos à segunda rodada. No Anexo 09 consta a frequência dos indicadores bem avaliados e que não foram submetidos à apreciação na segunda rodada, considerando suficiente a avaliação feita.

Entre os 25 especialistas convidados a participar houve seis recusas, culminando no envio do material à 19 especialistas, portanto com taxa de resposta de 73,68%. Quanto ao perfil dos respondentes, oito trabalham com avaliação em saúde como um dos temas de pesquisa, e os outros com áreas relacionados à APS como necessidades em saúde, acesso, recursos humanos e trabalho em equipe na APS, organização tecnológica, sistemas e políticas em saúde, sendo um especialista atuante na coordenação da atenção básica. São oito graduados em Medicina, um em Medicina e Fonoaudiologia, dois em Enfermagem, um em Serviço Social, um em Fisioterapia, um em Sociologia e Ciências Políticas; nove são docentes de universidades paulistas, dois do Rio de Janeiro, um do Rio Grande do Sul, um da Bahia e um de Pernambuco.

Apresenta-se a seguir uma síntese das respostas da primeira rodada, considerando todas as questões de avaliação do indicador, apresenta-se os resultados, considerando os domínios e se houve sugestão de alteração ou não (Tabela 11).

TABELA 11- Síntese dos resultados obtidos na primeira rodada da Técnica Delphi, segundo os domínios

RESULTADO (SÍNTESE)	DOMÍNIO	N
Sem consenso para algum item sem sugestões	Gestão	2
	Gerência	1
	Assistência	14
Sem consenso com sugestões	Gestão	5
	Gerência	11
	Assistência	49
Aceitos por consenso sem sugestões	Gestão	1
	Assistência	4
Aceitos com sugestões	Gestão	4
	Gerência	3
	Assistência	12

Para avaliação do grau de importância dos indicadores pela escala *Likert* optou-se por somar as notas 1 e 2 que correspondem a um grau de baixo importância e de 4 e 5 que representam um elevado grau de importância. Assim, 28 indicadores não obtiveram frequência de notas de grau 4 ou 5 maiores que 8,8: dois de Gestão, seis de Gerência local e 20 de Assistência, sendo que 3 indicadores (um de Gestão e dois de Assistência) tiveram três apreciações como 1 ou 2,. Com avaliação de importância no grau 3, considerado como

indeterminado, houve a manifestação de 3 especialistas em relação a dois indicadores (um de Assistência e um de Gerência local). Alguns especialistas não avaliaram todos os indicadores, em alguns casos porque consideravam como rejeitado não referindo uma nota ou sugestão.

Com relação ao aceite ou rejeição, nenhum indicador foi rejeitado por 80% ou mais dos especialistas para quaisquer das perguntas feitas, porém 82 não obtiveram consenso e alguns tiveram sugestões de alterações seja no enunciado das questões ou alternativas, seja no próprio indicador, ou sua pertinência foi questionada. Para preparação da análise e devolutiva da segunda rodada optou-se em priorizar a questão que indaga a importância, e assim criou-se duas planilhas, uma constando todos os indicadores que obtiveram menos de oitenta por cento de importância considerada como graus 4 e 5, e outra de todos que obtiveram maior que oitenta mas que os apontamentos realizados nas sugestões mereciam ser analisadas, assim além do resultado numérico, acrescentou-se uma breve síntese das sugestões e da argumentação da equipe condizente para cada indicador. Assim, a primeira planilha (<80%) consta com 46 indicadores, os quais foram mal apreciados com a importância, e 19 dos mesmos também foram quanto ao aceite e 20 quanto à aplicabilidade nacional. Na segunda planilha, a qual teve grau de importância acima de 80% havia 21 indicadores e apenas quatro foram mal avaliados quanto à aplicabilidade nacional.

A segunda rodada teve resposta de 13 especialistas (taxa de resposta de 92,8% em relação à primeira rodada) e a planilha constando o indicadores bem avaliados foi respondida por 10, e todos os indicadores foram bem avaliados para as três perguntas, já a primeira planilha houve má apreciação para 37 indicadores quanto à importância, 17 para aceite do mesmo e 30 para a aplicabilidade nacional.

TABELA 12- Síntese dos resultados obtidos na segunda rodada da Técnica Delphi, segundo os domínios

RESULTADO (SÍNTESE)	DOMÍNIO	N
Sem consenso para algum item sem sugestões	Gestão	1
	Gerência	3
	Assistência	7
Sem consenso com sugestões	Gerência	5
	Assistência	23
Aceitos por consenso sem sugestões	Gestão	1
	Gerência	2
	Assistência	7
Aceitos com sugestões	Gestão	4
	Gerência	5
	Assistência	9

Na primeira rodada 85 indicadores receberam sugestões ou comentários e na segunda foram 51, aponta-se a seguir alguns aspectos mais relevantes, como a pouca discriminação de qualidade de algumas questões, a rejeição sobre aquelas que abordavam as funções dos profissionais da equipe, que continham uma grande número de alternativas, também apontou-se como em determinadas regiões do país não há uma equipe completa de APS como preconizado e nem mesmo equipe de apoio NASF ou multiprofissional. Outras sugestões eram de evitar a indução de respostas com alternativas extensas e muito explicativas, além de algumas questões tratarem de temas muito próximos os quais poderiam ser sintetizados.

A segunda rodada teve alguns apontamentos de acordo com a argumentação da equipe, mostrando que houve melhor compreensão sobre o tema abordado na questão, mas também correções de enunciado de questão para maior clareza ou quanto a ordem das alternativas.

A apreciação pelos especialistas teve grande contribuição para a revisão do instrumento pois demonstrou a visão de profissionais de diferentes regiões e assim permitindo o fechamento de uma versão final do instrumento, conforme descrito na etapa a seguir.

4.6. Cotejamento dos resultados da Técnica Delphi e aplicação piloto: nova versão do questionário (QAB3)

A revisão do instrumento final teve etapas concomitantes e consecutivas. Inicialmente analisou-se a frequência das questões na aplicação piloto para correção de pontuação de alternativas, buscando uma distribuição normal das respostas, ou seja, no universo avaliado observou-se a distribuição das frequências de respostas nas pontuações 0, 1 ou 2, como um indicador da adequação de cada questão em termos de sua capacidade discriminatória.

Houve a estimação do alfa de *Cronbach* do questionário, o equivalente a 0,953 com variação entre 0,952 e 0,955 se item deletado, o que demonstra que o instrumento possui elevada consistência interna, não sendo necessário por esse parâmetro alterar a composição ou o número de questões. Entretanto, considerando-se a análise dos especialistas e ponderando-se a importância em se reduzir o número de alternativas das questões muito extensas de modo a ampliar a viabilidade e fidedgnidade das respostas, foram ainda revistas as questões.

Todas as questões alteradas possuem alfa maior que 0,7, assim foram estimados os valores se o item deletado para cada questão, com essa estratégia, aliada às frequências das

questões da aplicação piloto e especialmente a apreciação dos especialistas foram realizadas diversas oficinas de revisão do instrumento pela equipe de Botucatu e as questões em que não houve consenso da versão final foram discutidas em reunião com a equipe de outros estados. Com essas estratégias além da revisão do enunciado das questões, da coerência sequencial das alternativas, pertinência e enunciado das alternativas, foi possível reduzir o número de alternativas em um processo que consiste em observar o alfa de *Cronbach* da questão e da alternativa, a qual se excluída poderia influenciar no aumento do alfa, e as alternativas que ninguém assinala ou que grande parte dos serviços realizam, sendo comuns e não discriminatórias de qualidade poderiam ser excluídas, exceto quando deixariam a questão evasiva e incompleta. As alternativas “outros” teve a pontuação atribuída a 0, pois entende-se que as principais condutas e procedimentos previstos na literatura e políticas nacionais para o tema foram contempladas nas alternativas. Assim, o questionário revisto QAB3 teve as seguintes alterações conforme descrito na Tabela 13 a seguir:

TABELA 13- Balanço das modificações realizadas após análise da aplicação piloto e da apreciação pelos especialistas

BALANÇO	
Alteração de enunciado	18
Alteração de alternativa(s)	62
Alteração de ordem da questão	10
Inserção de alternativa	39
Exclusão de Alternativa	31
Questão excluída	9
Tornou-se descritiva	1
Tornou-se pontuada	1
Novas questões	3

O questionário final (QAB3) possui 102 indicadores, os quais são apresentados a seguir na Tabela 14, constando a comparação pelo número da questão equivalente na versão original do instrumento e nas intermediárias do pré teste (QAB1) e da aplicação piloto (QAB2). São apresentados conforme os domínios Gerência, Assistência e Gestão Municipal e subdomínios avaliativos correspondentes a cada, são 10 indicadores de Gestão Municipal, sendo que a questão 28 que consta no quadro passou a ser descritiva na última revisão, 12 para gerência e mais duas transformadas também em descritivas, e por fim, para Assistência são 80 e mais uma descritiva na versão final.

TABELA 14- Domínios, Subdomínios, Indicadores correspondentes a cada questão e versões do questionário QualiAB

SUBDOMÍNIOS	Nº QAB 2010	Nº QAB1 PRÉ-TESTE	Nº QAB2	FINAL	INDICADORES
A. GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE					
Coordenação do trabalho	Nova	12	13	13	Apoio matricial
	78	107	121	114	Diversidade de Profissionais capacitados no último ano
	75	104	118	111	Mecanismos de integração da unidade com o nível central
	81	109	124	118	Canais de comunicação dos usuários
	Nova	48	43	38	Tempo de espera para o acesso a especialidades
Estrutura	8	14	34	28**	Vacinas aplicadas de rotina
	9	15	35	29	Exames realizados na unidade
	59	46	40	34	Disponibilidade de medicamentos da RENAME
	65	45	41	35	Disponibilidade de métodos contraceptivos
	Nova	83	84	*	Disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes
Planejamento	3	4	4	4	Definição da área de abrangência
	17	23	19	19	Planejamento a partir de dados epidemiológicos
B. GERÊNCIA DA UNIDADE					
Planejamento e Avaliação	15	21	17	17	Registro sistemático de dados
	16	22	18	18	Planejamento a partir de dados da produção assistencial
	18	24	20	20	Levantamento de dados sobre a demanda e comunidade
	79	25	22	22	Programação de atividades a partir de avaliações do serviço
	79	27	23	*	Mudanças induzidas por avaliações do serviço
Promoção, Prevenção e educação em saúde	19	29	25	24	Estratégias de educação em saúde na comunidade
	20	31	27	26	Estratégias de educação em saúde na unidade
	43	64	29	56	Estratégias de educação em saúde para gestantes
	Nova	44	42	36	Critérios para dispensação de preservativos
Coordenação do trabalho	11	17	106	103	Condutas em casos de acidentes com material biológico
	74	103	117	110**	Carga horária do gerente
	76	105	119	112	Periodicidade das reuniões de equipe
	77	106	120	113	Temas abordados nas reuniões de equipe
	80	108	123	117	Estratégias para participação popular na gestão da unidade (MODIFICADO)***
	Nova	Nova	122	116**	Diversidade de temas de formação continuada
C. ASSISTÊNCIA					
Promoção, Prevenção e educação em saúde	19	28	24	23	Diversidade de temas de educação em saúde na comunidade
	20	30	26	25	Diversidade de temas nas ações de educação em saúde na unidade

SUBDOMÍNIOS	Nº QAB 2010	Nº QAB1 PRÉ-TESTE	Nº QAB2	FINAL	INDICADORES
Vigilância em Saúde	52	73	30	69	Diversidade de ações de promoção e prevenção em instituições para crianças
	Nova	74	31	72	Diversidade de ações de promoção e prevenção em instituições para adolescentes
	Nova	33	32	37	Público alvo das ações de prevenção de DST/aids
	26	41	28	*	Atividades na sala de espera
	27	42	37	31	Avaliação dos resultados de exames
	28	43	39	33	Convocação de faltosos
	21	32	98	95	Ações de vigilância em saúde nas Doenças de Notificação Compulsória
	63	92	99	96	Condutas em casos sugestivos de DST
	Nova	60	100	97	Ações de vigilância em caso positivo de HIV, hepatites ou sífilis
	Nova	63	101	98	Ações em caso negativo para HIV, hepatites ou sífilis
	Nova	34	102	99	Atenção programática em casos de tuberculose
	Nova	Nova	103	100	Atenção programática em casos de hanseníase
	Nova	35	104	101	Atenção programática a pessoas com deficiência
	Nova	91	105	102	Atenção programática à saúde do trabalhador
	Nova	36	44	39	Fluxo de atendimento à demanda espontânea
Demanda espontânea	22	37	45	40	Diversidade da oferta assistencial para demanda espontânea
	24	38	46	41	Proporção entre consultas agendadas e pronto-atendimento médico
	7	13	33	27	Diversidade de procedimentos de rotina realizados na unidade
Organização da Assistência	10	16	36	30	Exames colhidos na unidade
	31	47	38	32	Duração da consulta médica
	25	39	47	42	Estratégias de agendamento da consulta médica
	55	40	48	*	Tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica
Saúde Bucal	66	93	107	104	Público alvo da assistência odontológica
	67	95	108	105	Diversidade de ações de tratamento e prevenção em saúde bucal
	Nova	94	109	106	Diversidade de procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal
Atividades dos Profissionais da Equipe				107a	Atividades de rotina do(s) médico(s) de família
				107b	Atividades de rotina do(s) médico(s) clínico geral
	Nova	99	115	107c	Atividades de rotina do(s) médico(s) pediatra
				107d	Atividades de rotina do(s) médico(s) ginecologista
	70	98	112	107e	Atividades de rotina do(s) enfermeiro(s)
	68	96	113	107f	Atividades de rotina dos auxiliares e técnicos de enfermagem
	Nova	100	110	107g	Atividades de rotina do(s) dentista(s)

SUBDOMÍNIOS	Nº QAB 2010	Nº QAB1 PRÉ-TESTE	Nº QAB2	FINAL	INDICADORES
	Nova	101	111	107h	Atividades de rotina do(s) técnico(s)/auxiliar(es) de saúde bucal
	69	97	114	108**	Atividades de rotina dos agentes comunitários de saúde.
Atenção à Saúde da Mulher	32	49	49	43	Diversidade de ações para a saúde da mulher
	34	50	50	44	Critérios para oferta de Papanicolaou
	35	51	51	45	Periodicidade de oferta do papanicolaou
	Nova	52	52	46	Rotina de avaliação dos resultados de papanicolaou
	36	53	53	47	Critérios para realização do exame clínico de mamas
	37	54	54	48	Critérios de solicitação de mamografia
	Nova	55	55	49	Ações a partir do resultado de teste de gravidez
	38	56	56	50	Prontidão para o primeiro atendimento do pré-natal
	39	57	57	51	Início do pré natal no primeiro trimestre
	Nova	58	58	52	Número médio de consultas de pré natal
	40	59	59	53	Exames de rotina no pré-natal
	Nova	Nova	60	54	Ações desenvolvidas no atendimento ao pré natal
	Nova	Nova	Nova	55	Ações desenvolvidas no atendimento de pré natal em região endêmica de malária
	Nova	67	61	57	Serviço de referência para seguimento de gestantes de alto risco
	42	61	62	58	Estratégias de tratamento de gestantes com sífilis
	Nova	62	63	59	Serviço de referência para seguimento de gestantes com HIV
	44	65	64	60	Serviço de referência para atendimento do puerpério imediato
	44	Nova	65	61	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério imediato
	45	Nova	66	62	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério tardio
	46	66	67	63	Casos de sífilis congênita nos últimos três anos
Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	62	Nova	68	64	Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher
	62	68	69	65	Ações em casos de mulheres em situação de violência
	47	69	70	66	Diversidade de ações na atenção à criança
	Nova	0	71	70	Locais de atenção à saúde da criança na comunidade
	48	71	72	68	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido
	50	72	73	67	Seguimento de rotina da saúde da criança
	Nova	Nova	74	71	Diversidade de ações na atenção ao adolescente
	Nova	75	75	73	Locais de atenção à saúde do adolescente
	Nova	77	76	74	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes

SUBDOMÍNIOS	Nº QAB 2010	Nº QAB1 PRÉ-TESTE	Nº QAB2	FINAL	INDICADORES
	Nova	76	77	75	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência
	54	78	78	76	Diversidade de ações na atenção aos adultos
	58	81	79	77	Ações de rotina em casos de condições crônicas
	Nova	79	80	79	Seguimento de rotina de portadores de hipertensão arterial
	Nova	Nova	81	80	Exames de rotina em casos de hipertensão arterial
	Nova	80	82	81	Seguimento de rotina de portadores de diabetes tipo II
	Nova	Nova	83	82	Exames de rotina em casos de diabetes
	Nova	82	85	78	Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de condições crônicas
	60	84	86	84	Diversidade de ações na atenção aos idosos
Atenção a Adultos e à Pessoa Idosa	Nova	Nova	88	86	Estratégias para detecção de violência contra idosos
	Nova	85	89	87	Ações em casos de idosos em situação de violência
	Nova	86	90	88	Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados
	57	87	91	89	Ações para o cuidado de pessoas acamadas
	61	88	93	91	Ações em casos de uso abusivo de álcool
	Nova	Nova	94	92	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas
	Nova	89	95	93	Atenção aos portadores de sofrimento psíquico ou transtorno mental
	Nova	90	96	94	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos
	Nova	Nova	97	83	Diversidade de ações programadas para a saúde do homem

* Questão excluída

** Tornou-se descritiva

As questões excluídas tratavam de atividades na sala de espera, consequências diante da execução das avaliações do serviço, ao qual foi aprimorada na questão anterior (22), os principais temas abordados nas reuniões de conselho local de saúde, considerando que esta não é ainda uma organização de todos os estados brasileiros, a questão que abordava os medicamentos específicos para hipertensão e diabetes com base nos cadernos de atenção básica e o tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica.

Essa divisão entre domínios acima descrita aproxima-se das características da pesquisa e dos trabalhos publicados, mas há a dúvida com relação a essa divisão quanto ao papel real entre gestão municipal e gerência de unidade, assim como a própria denominação,

além de que toda a organização do serviço depende destes, sendo assim houve a proposta de outra divisão, a qual pode ser utilizada, conforme a Tabela 15.

TABELA 15- Subdomínios e número de indicadores correspondentes, conforme segunda proposta de divisão

SUBDOMÍNIOS	Nº DE INDICADORES
Ações de seguimento	35
Diversidade de ações	23
Planejamento e Avaliação	9
Promoção, Prevenção e educação em saúde	10
Recursos	6
Vigilância e Detecção de agravos mais prevalentes	13

O novo instrumento (Anexo 04) com 120 questões apresenta 102 indicadores e 26 questões descritivas, a questão correspondente às funções dos profissionais de equipe geram indicadores para cada profissional. Há 1216 variáveis, portanto o processo de redução do questionário eliminou 198 variáveis. O modelo de pontuação é o mesmo, tanto para questões de única opção de alternativa como para múltiplas. A Tabela 16 traz o número de questões descritivas, pontuadas e os indicadores, assim como o número da questão correspondente.

TABELA 16- Questões da versão final do questionário QualiAB (QAB3), tipo e número da questão e número de indicadores

TIPO DE QUESTÃO	QUANTIDADE	TOTAL
Descritivas	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 21, 28, 38, 85, 90, 108, 109, 110, 115, 116, 119, 120	26
Pontuadas - Apenas uma Resposta	4, 13, 18, 19, 31, 36, 39, 41, 42, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 60, 63, 67, 68, 98, 99, 111, 112	26
Pontuadas - respostas múltiplas	17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37, 40, 43, 44, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 61, 62, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107a, 107b, 107c, 107d, 107e, 107f, 107g, 107h, 107i, 113, 114, 117, 118	68 (76 indicadores)
Total de Indicadores: 102		

5. DISCUSSÃO

A APS apresenta-se como uma importante estratégia de reorganização do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro e diversas políticas foram instituídas para sua qualificação, além de normas técnicas e incentivos do MS, com destaque para a qualidade como um grande desafio para um país de dimensão continental com características locais tão heterogêneas como o Brasil. As políticas nacionais de saúde são preconizadas para organizar todos os serviços do território, e a descentralização é fundamental para a organização local, mas também para direcionar às necessidades locais. Sabe-se que há grandes divergências quanto ao modelo assistencial baseado em APS e que sua consolidação crescente nas últimas décadas ocorre diferentemente em cada região. No entanto, maior que as diferenças de organização do processo de trabalho há também a estrutura dos serviços de saúde, o acesso da população aos mesmos, cuja realidade de regiões rurais e ribeirinhas empreendem outras formas de organizar as equipes e profissionais para ofertarem assistência a essa população.

O questionário QualiAB possui em sua história a aplicação no estado de São Paulo, o qual apesar de ter grande desenvolvimento econômico, possui grandes diferenças entre os municípios, seja quanto ao porte populacional, o próprio desenvolvimento econômico, a estruturação dos serviços e a organização político-institucional; sendo respondido por municípios de pequeno porte, e que muitas vezes tem as unidades de APS como únicos serviços de saúde existentes, além da população prioritariamente utilizar o SUS. Portanto, a aplicação nacional de um instrumento empreende esforços para vincular à realidade dos serviços os padrões e critérios adotados.

Pretende-se com esse trabalho estudar e divulgar metodologias de validação de instrumentos de avaliação de serviços que possam ser replicadas, assim como demonstrar o quanto se faz necessário esse processo quando se quer utilizar questionários em diferentes contextos. Este trabalho teve etapas diversas e consecutivas, algumas até concomitantes, que assemelham-se aos trabalhos apresentados durante a introdução, que para validação fazem uso de diversas estratégias em prol de melhor alcançar o objeto em avaliação. Questiona-se qual seria o melhor caminho metodológico a ser seguido e quais etapas são fundamentais nesse processo, claramente pode-se dizer que ao agregar o saber dos especialistas com a aplicação prática para correlacionar à realidade, há como alcançar a construção de um instrumento factível diante da complexidade de ações executadas pelo âmbito da APS.

A validação de instrumentos de avaliação é fundamental diante da importância assumida pela qualidade como objeto de políticas e intervenções que almejam uma orientação técnico científica consistente. O uso de instrumentos confiáveis que mensurem adequadamente a qualidade proposta pelo SUS para a APS, pode fornecer subsídios aos gestores para tomada de decisão, aplicabilidade de recursos adequada e formação de recursos humanos condizentes com a necessidades identificadas. Ainda que as opções de redefinição da organização dos serviços e orientação das práticas sempre sejam políticas, e a própria produção de conhecimentos não tenha a petição de neutralidade, a construção de instrumentos (sempre temporários) com sensibilidade e especificidade, que possam avaliar o cotidiano dos serviços e retroalimentar uma discussão crítica sobre as ações realizadas, pode em muito contribuir para o avanço da qualidade dos serviços prestados à população na APS.

A caracterização da organização da atenção à saúde em serviços de APS possibilita a compreensão e o debate sobre as práticas e as políticas vigentes e que revertem ou não na qualidade do cuidado.

Diante do processo de atualização e validação do instrumento QualiAB descritos e analisados neste trabalho, o questionário avança a sua aplicabilidade em busca de abranger diferentes contextos e ser um meio de reflexão das práticas em saúde na APS, configurando-se num subsídio de discussão de equipes e gestores, podendo inclusive ser utilizado para preparação das avaliações externas previstas pelo PMAQ. Além de avaliar, o questionário permite a reflexão do processo de trabalho e pode fomentar mudanças no cotidiano dos serviços.

Todos os profissionais envolvidos nesse processo – pesquisadores, gerentes de serviços e especialistas – possuem experiência técnica e científica que culmina em uma abordagem do questionário voltada às práticas executadas em serviços, cotejando as normas e políticas vigentes com a realidade locorregional e prática profissional. Assim, a cultura avaliativa tem diversos atores comprometidos com esse processo desde a formulação de instrumento de coleta de dados.

Obtém-se com esse trabalho um instrumento para a etapa seguinte do projeto original para aplicação nacional que, fundamentalmente, finaliza todo o processo de validação originalmente pretendido. O processo iterativo empreendido neste trabalho, inicialmente com a revisão da equipe de pesquisadores, a qual conta com diversas categorias profissionais articuladas com a prática e a compreensão técnica das atividades em APS, seguidamente da aplicação pré teste e aplicação piloto, onde há maior visibilidade sobre a realidade

locorregional e permite confrontar políticas realizadas entre os estados, a organização e estrutura. A configuração do painel de especialistas é de grande mérito deste trabalho.

Como limitações pode-se mencionar o pequeno número de serviços participantes no pré teste e o preenchimento incompleto de alguns questionários, e o número reduzido de especialistas, mesmo que esta quantidade esteja de acordo com a literatura na área.

A extensão do questionário aplicado no piloto permite grande análise sobre a realidade dos serviços, mas sem dúvida é um fator dificultador de adesão ao mesmo, assim houve a redução, mas entende-se que para abranger a complexidade do processo de trabalho das unidades de serviço de APS, a demanda atendida e o perfil das equipes necessita-se do delineamento de um instrumento articulado com a prática dos serviços e as políticas vigentes, em que pode-se analisar diversos temas com diferentes variáveis, correlacionar estrutura e processo de trabalho, tornando muito dinâmica a discussão.

6. ARTIGO: ANÁLISE COMPARATIVA DAS APLICAÇÕES DO QUESTIONÁRIO QUALIAB EM 2007 E 2010

A Qualidade da Atenção Primária em 91 municípios do Estado de São Paulo (Brasil) entre 2007 e 2010: análise comparativa

The Quality of Primary Care in 91 municipalities of São Paulo state (Brazil) between 2007 and 2010: a comparative analysis

Zarili, Thais Fernanda Tortorelli; Castanheira, Elen Rose Lodeiro; Nunes, Luceime Olivia; Sanine, Patrícia Rodrigues; Mendonça, Carolina Siqueira; Nemes, Maria Ines Battistella, Corrente, José Eduardo; Dias, Adriano

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel estratégico na construção de um sistema de saúde universal e pesquisas de avaliação e monitoramento da qualidade representam um desafio para o campo da gestão e do planejamento. O Questionário QualiAB é um instrumento que avalia a organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de unidades de APS. **OBJETIVO:** Analisar o desempenho das unidades de saúde em 2010 em comparação à avaliação realizada em 2007 quanto à organização da assistência e o gerenciamento local. **METODOLOGIA:** Realizou-se um pareamento pelo nome, tipo de serviço e endereço das unidades localizadas nas Redes Regionais de Atenção à Saúde de Bauru, Registro e Sorocaba que participaram das duas aplicações do QualiAB. Foram considerados 326 serviços de 91 municípios e utilizou-se 61 indicadores de qualidade. Houve análise da variação percentual das pontuações obtidas, do nível de significância pelo teste do qui-quadrado de tendência ($p \leq 0,05$, IC 95%), para verificar se houve tendência crescente ou decrescente na associação entre os períodos investigados, e por fim, realizou-se o teste de mediana, para demonstrar se houve diferença significativa considerando-se o conjunto de unidades. **RESULTADOS:** Houve ampliação do número de unidades de ESF e de UBS tradicionais com PACS. Houve 5 indicadores que apresentaram pior desempenho, sendo 2 de Gerência (“Planejamento e avaliação”), e 3 de Assistência sendo “Promoção e educação em saúde” e “Saúde bucal”. Já 17 obtiveram melhor desempenho sendo 3 de Gerência (“Insumos Básicos”), e 14 de Assistência, quanto à “Atenção à Mulher”(5), “Atenção à Criança e Adolescente”(3), “Demanda Espontânea”(1), “Vigilância em saúde”(1), “Organização Geral da Assistência – Enfermagem”(1), “Promoção e educação em saúde”(1). Já “Atenção a Adultos e Idosos” apresentou 1 indicador mal avaliado e 2 melhores. O conjunto de unidades teve $p > 0,05$ para melhor desempenho. **CONCLUSÕES:** A comparabilidade das aplicações do instrumento pode demonstrar o poder discriminatório dos diferentes indicadores utilizados nesse período e apontar modificações necessárias, considerando as possíveis mudanças ocorridas no período,

num cenário de múltiplos investimentos na APS e incentivo a modificações no processo de trabalho e alterações no perfil de demanda dos usuários que também induzem alterações no perfil organizacional dos serviços.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care (PHC) has a strategic role in the construction of a universal health care system and research evaluation and quality monitoring pose a challenge to the field of management and planning. The QualiAB tool is an instrument that evaluates the organization of the work process through care indicators and management. **OBJECTIVE:** To analyze the performance of health indicators in 2010 compared to evaluation in 2007 on the organization of care and the local management. **METHODS:** We conducted a pairing by name, type of service and address of the units located in Regional Care Network Health of Bauru, Sorocaba and Registro that participated in both QualiAB applications. They considered 326 of 91 municipalities service and used 61 quality indicators. There was analysis of the percentage change in the scores, the level of significance by the test trend chi-square ($p = 0.05$, 95% CI) to see if there was growing or declining trend in the association between the investigated periods, and Finally, there was the median test, to show that there was significant difference considering the cluster. **RESULTS:** There was increasing the number of ESF units and UBS with traditional PACS. There were five indicators showed worse performance, 2 Management ("Planning and review"), and 3 of assistance being "Promotion and health education" and "Oral health". 17 have performed better being 3 Management ("Basic Inputs"), and 14 of Assistance, as the "Attention to Women" (5) "Attention to Children and Adolescents" (3) "Spontaneous Demand" (1) "Health surveillance" (1) "General Organization Counseling - Nursing" (1) "Promotion and health education" (1). Already "Attention Adults and Seniors" returned 1 misjudged indicator and 2 best. The clustered had $p > 0.05$ for best performance. **CONCLUSIONS:** The comparability of the applications of the instrument can show the discriminatory power of the different indicators used in this period and point out necessary changes, considering possible changes in the period, in a multi-stage investments in APS and encouraging changes in the work process and changes in demand profile of users who also induce changes in the organizational profile of services.

INTRODUÇÃO:

A avaliação em saúde é um campo de pesquisa e intervenção que pode ofertar subsídios aos gestores federais, estaduais e municipais para reflexão crítica sobre a organização dos sistemas de saúde. A discussão sobre as limitações dos serviços de Atenção Básica (AB) e as dificuldades para responder às necessidades de saúde de toda a população conforme preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aponta a importância em se avaliar o modelo operado como forma de se obter subsídios para consolidar o modelo proposto pelo movimento sanitário e pactuado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Toda a produção mundial sobre Atenção Primária (APS), ou Atenção Básica como denominada no Brasil³, atribui à mesma um papel diferenciado na redefinição da atenção à saúde, por meio da integralidade do cuidado e da coordenação da rede de atenção, o que exige recursos humanos com maior capacidade técnica e científica e trabalho em equipe multiprofissional, para obtenção de sucesso no enfrentamento dos determinantes sociais em saúde e maior eficiência no uso dos recursos empenhados (OMS, 2008; OPAS, 2005).

Desde o início dos anos 2000, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo mecanismos de avaliação e monitoramento, com financiamento de pesquisas e parcerias entre serviços e instituições para desenvolvimento de metodologias, e a institucionalização da avaliação como política de apoio e incentivo à qualidade por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (ALMEIDA & MACINKO, 2006; BRASIL, 2006a).

A organização dos serviços de saúde na APS, em especial do processo de trabalho condicionado pelas práticas profissionais e uso de diferentes tecnologias, é definida no nível local pelo gerenciamento e a interrelação entre trabalho em equipe e responsabilização sobre o cuidado da população usuária do serviço, ainda que submetidos às políticas e normas dadas pelos diferentes níveis de gestão do sistema, particularmente a gestão municipal (CASTANHEIRA et al., 2011; NEMES, 2000).

Em 2007 foi elaborado e validado um instrumento de autoavaliação de serviços de AB, o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), para avaliar a organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento local. Destina-se a serviços de diferentes modelos, incluindo os organizados

³ A opção brasileira em nominar a Atenção Primária (APS) como Atenção Básica (AB) representa o empenho em ressignificar esse nível de atenção como a base do sistema, com abrangência universal em contraposição às experiências de uma APS focalizada e simplificada. Entretanto, no presente trabalho usaremos o termo APS como equivalente ao significado atribuído à AB, utilizando preferencialmente esse último.

segundo a Estratégia de Saúde da Família, as Unidades Básicas “tradicionais” e aquelas com diferentes arranjos entre esses dois modelos. (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011).

Trata-se de um instrumento de autorresposta, com questões voltadas para a organização das ações desenvolvidas nas unidades. A versão original aplicada em 2007 e 2010 possui 65 indicadores de qualidade, classificados em três níveis: 0 (insuficiente), 1 (aceitável) ou 2 (padrão esperado). A média aritmética da pontuação de todas as questões atribui ao serviço o grau de qualidade expresso pela distância do melhor padrão possível correspondente à média dois (CASTANHEIRA, 2011).

As avaliações realizadas com o QualiAB podem promover discussões sobre o processo de trabalho, apontando aspectos da organização das ações que possam ser aprimorados em relação às proposições e valores da PNAB (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011; 2009).

A comparabilidade das aplicações do instrumento pode demonstrar o poder discriminatório dos diferentes indicadores utilizados nesse período e apontar modificações necessárias, considerando as possíveis mudanças ocorridas no período entre as aplicações, num cenário de múltiplos investimentos na AB e incentivo a modificações no processo de trabalho, além da possível introdução de novas tecnologias, e alterações no perfil de demanda dos usuários que também induzem alterações no perfil organizacional dos serviços. Permite acompanhar o cuidado longitudinal que os serviços oferecem ao usuário.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho consiste em analisar o desempenho das unidades de saúde em 2010 em comparação à avaliação realizada em 2007 quanto à organização da assistência e o gerenciamento local.

METODOLOGIA

Em 2007, os municípios localizados em três regiões administrativas da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES SP), os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Bauru, Registro e Sorocaba, foram convidados a responder o questionário (em versão impressa e eletrônica), totalizando 524 unidades de saúde com respostas válidas em 115 municípios, em um universo de 131 municípios e 650 serviços de AB (CNES, 2014).

Em 2010, o QualiAB foi aplicado em parceria com a SES SP e adotado como parte de um programa de qualificação e apoio à Atenção Básica (ALMEIDA & CASTANHEIRA, 2011). Foi respondido por 2.735 unidades básicas de saúde, ou 95% dos serviços de 586 municípios, 90,8% do total de municípios do Estado, com a maior adesão concentrada naqueles com menos de 100 mil habitantes.

Para a análise comparativa entre os resultados obtidos em 2007 e 2010, foi realizado um pareamento das unidades que participaram dos dois momentos, nas regiões abrangidas em 2007. Nessa condição foram considerados para análise 326 serviços de 91 municípios das três regiões estudadas. O pareamento foi feito a partir dos nomes das unidades, tipo de serviço e endereço.

Para determinar a tendência crescente ou decrescente dos indicadores de qualidade utilizados nos dois momentos, o desempenho dos indicadores foi comparado a partir das pontuações obtidas – 0, 1 ou 2. Foram considerados 61 indicadores de qualidade. A comparação foi realizada por meio de diferentes estratégias de análise, buscando-se identificar com maior precisão a performance dos indicadores de qualidade adotados pelo instrumento.

Com base no trabalho de Nemes e colaboradores (2013), realizou-se análise da variação percentual (VP) da frequência de cada indicador observada entre os dois períodos, de acordo com a seguinte fórmula:

$$(P2010 (\%2010) - P2007 (\%2007 / P(2007*100) = VP$$

Outra estratégia foi o uso do teste do qui-quadrado de tendência ($p \leq 0,05$, IC 95%), o qual permite verificar se houve aumento ou diminuição, ou seja, tendência crescente ou decrescente na associação entre os períodos investigados. Para tanto, a análise foi realizada por meio do SAS 9.3, considerando-se os indicadores separados por dimensão e subdimensão. Foi analisado o desempenho dos indicadores para as duas grandes dimensões, Gerência e Assistência, bem como para os subdomínios considerados na discussão de subconjuntos de indicadores.

Finalmente para análise comparativa do desempenho dos serviços nos dois períodos, comparou-se a mediana obtida em 2007 e 2010 por meio do teste de mediana com o objetivo de demonstrar se houve diferença significativa considerando-se o conjunto de unidades pareadas.

RESULTADOS

Contexto: o perfil dos municípios avaliados

O processo de regionalização desencadeado pelo Pacto pela Saúde em 2006 desdobrou-se, no estado de São Paulo, na constituição de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), definidas para fins de planejamento, avaliação e dimensionamento de redes. Os DRS se mantêm como divisão administrativa da SES SP, sendo que os DRS de Sorocaba e Bauru correspondem atualmente às RRAS 08 e 09 respectivamente, e o DRS de Registro faz parte da RRAS 07, (juntamente com o DRS da Baixada Santista que não integra o presente estudo).

A população total das áreas estudadas consta na Tabela 17, sendo que para a RRAS 7 apresenta-se os dados somente do referente à DRS Registro.

TABELA 17- População e número de municípios dos DRS de Bauru, Registro e Sorocaba

DRS	POPULAÇÃO TOTAL	Nº DE MUNICÍPIOS
VI - Bauru	1.624.623	68
XII - Registro	273.566	15
XVI - Sorocaba	2.243.016	48

Fonte: São Paulo, 2014

Os municípios com menos de 50 mil habitantes, em sua maioria, apresentam graus desfavoráveis do Índice Paulista de Responsabilidade Social, concentrando-se nos grupos 4 e 5, com piores indicadores. São regiões que apresentam, no geral, uma baixa utilização do sistema suplementar de saúde, especialmente naqueles de pequeno porte e baixa atividade industrial. (CASTANHEIRA et al., 2014; SEADE, 2007).

A Tabela 18 contém o porte populacional apenas dos municípios que participaram das duas aplicações do QualiAB, num total de 91, aproximadamente 70% dos existentes nos três DRS. Pode-se observar que as regiões abrangem majoritariamente municípios de pequeno porte. O DRS de Bauru contém maior número de municípios avaliados, seguido por Sorocaba e Registro.

TABELA 18- Distribuição do número de municípios por DRS avaliados em 2007 e 2010 conforme porte populacional

PERFIL POPULACIONAL	Nº DE MUNICÍPIOS		
	DRS REGISTRO	DRS SOROCABA	DRS BAURU
< 10.000	0	7	23
10.000 a 50.000	8	16	28
50.000 a 100.000	1	2	1
> 100.000	0	4	1
Total	9	29	53

Fonte: QualiAB, 2010.

Desempenho dos indicadores de organização dos serviços de AB entre 2007 e 2010

As avaliações dos serviços em 2007 e 2010 já apontavam, nos dois períodos estudados, o melhor desempenho dos serviços organizados segundo a ESF, que apresentaram em 2007 indicadores com médias maiores e probabilidade estimada pela razão de chances de 2 a 8 vezes maior de pertencerem a grupos de melhor qualidade (CASTANHEIRA et al., 2014; SANINE, 2014).

Considerando-se os 326 serviços pareados para análise comparativa, pode-se observar que houve mudanças em relação ao tipo de serviço autodeclarado, com ampliação do número de unidades organizadas segundo a ESF e de UBS tradicionais com PACS, conforme podemos observar na Tabela 19.

TABELA 19- Tipo de serviço avaliado em 2007 e 2010 considerados na análise comparativa

TIPO DE SERVIÇO	2007	2010
Unidade de Saúde da Família	118 (36,2%)	134 (41,1)
Unidade Tradicional (UBS)	153 (46,9%)	139 (42,6)
UBS com equipe de ESF	14 (4,3%)	6 (1,8%)
UBS com PACS	19 (5,8%)	26 (8%)
Unidade Mista*	13 (4%)	-
Posto Avançado**	-	4 (1,2%)
Outro	9 (2,7%)	17 (5,2%)

* Não havia essa alternativa no instrumento utilizado em 2010

** Não havia essa alternativa no instrumento utilizado em 2007

A Tabela 20 a seguir apresenta algumas variáveis discutidas no instrumento mostrando a frequência obtida nos dois períodos, as quais pertencem ao domínio Gerência.

TABELA 20- Algumas variáveis presentes no questionário pertencentes ao domínio Gerência

VARIÁVEL	2007 N (%)	2010 N (%)
Não possuem delimitação da área de abrangência	41 (12,6%)	101 (31%)
Uso dos dados de produção assistencial para o planejamento	251 (77%)	181 (55,5%)
Uso de dados epidemiológicos	250 (76,7%)	243 (74,5%)
Estudos sobre o perfil de demanda espontânea	71 (21,8%)	95 (29,1%)
Aplicação de BCG	198 (60,7%)	210 (64,4%)
Número de serviços que não realizavam vacinação	55 (16,9%)	52 (16%)
Realização do teste de gravidez	97 (29,8%)	202 (62%)
Não colhe exames clínicos laboratoriais	199 (30,4%)	106 (32,5%)
Oferta de realização do exame de citologia oncótica (papanicolaou)	284 (87,1%)	287 (88%)
Trabalha com 100% de consultas não agendadas	12 (3,7%)	19 (5,8%)
Trabalha com 70% de consultas agendadas	168 (51,5%)	169 (51,%)
Falta ocasional de medicamentos - hipertensão	35 (10,7%)	49 (15%)
Falta ocasional de medicamentos – diabetes	32 (9,8%)	43 (13,2%)
Não dispensam medicação na unidade	31 (9,5%)	42 (12,9%)
Não possuir equipe de saúde bucal	68 (20,9%)	54 (16,6%)
Realizam reuniões de equipe com periodicidade semanal	72 (22,1%)	75 (23%)

As frequências observadas sugerem que foi dada maior atenção à demanda espontânea com diminuição do uso de dados assistenciais e epidemiológicos. Pode-se observar aumento para dados de falta de medicamento relacionados às condições crônicas comumente atendidas e que necessitam de cuidado contínuo e vigilância sobre agravos e também piora em relação a serviços que não dispensam medicação, o que impossibilita ou dificulta o acesso a muitos usuários. Os profissionais que recebem capacitação são, principalmente, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

TABELA 21- Algumas variáveis presentes no questionário pertencentes ao domínio Assistência

VARIÁVEL	2007 N (%)	2010 N (%)
Atenção à saúde do adolescente	89 (27,3%)	
Atenção à saúde do idoso	154 (47,2%)	105 (32,2%)
Grupos de gestante	188 (57,7%)	215 (66%)
Grupos de gestante adolescente	65 (19,9%)	96 (29,4%)
Grupos de puericultura	96 (29,4%)	118 (36,4%)
Avaliação dos resultados de exames quando comparece à consulta	158 (48,5%),	147 (45,1%)
Avaliam os exames quando os resultados chegam à unidade	142 (43,6%)	170 (52,1%)
Iniciam o pré natal no primeiro trimestre	254 (77,9%)	278 (85,3%),
Crítérios para a coleta de papanicolaou	265 (81,3%)	274 (84%)
Principal doença ou necessidade na atenção aos adultos - hipertensão	298 (91,4%)	312 (95,7%)
Principal doença ou necessidade na atenção aos adultos - diabetes	298 (91,4%)	309 (95,7%)
Atendimento de rotina para HAS/DM sem cuidados específicos ou uso de protocolos	74 (22,7%)	119 (36,5%)
Violência	9,8%	64 (19,8%)
Avaliação inicial do caso de violência e encaminhamento	194 (59,5%)	196 (60,1%)
Não ter violência como demanda em seu serviço	32 (9,8%)	39 (12%)
Triagem em caso de alcoolismo e encaminhamento	233 (71,5%)	232 (71,2%)
Não possuir equipe de saúde bucal	68 (20,9%)	54 (16,6%)

Entre as outras vacinas aplicadas de rotina no serviço, em 2010 todas apresentam porcentagens maiores que 80%, o que difere de 2007 que possuía entre 60 a 80%. A exceção em 2010 é a vacina para febre amarela 192 (58,9%) e a antirrábica 233 (71,5%).

Com relação aos temas em educação em saúde destaca-se os menos referidos em ações na comunidade: em 2010 a prevenção de obesidade foi assinalada por 111 (34%) unidades, educação alimentar por 134 (41%), atividade física 175 (53,7%), meio ambiente 82 (25,2%), acidentes de trabalho 35 (10,7%), violência 56 (17,2%), álcool e drogas 98 (30,1%) e tabagismo 115 (35,3%). Em 2007 foram na maioria os mesmos temas: 108 (33,1%), educação alimentar 127 (39%), atividade física 151 (46,3%), meio ambiente 97 (29,8%), acidentes de trabalho 37 (11,3%), violência 30 (9,2%), álcool e drogas 101 (31%) e tabagismo 118 (36,2%). Os dados também demonstram maior atenção para realização de ações em grupo em especial ao cuidado em saúde da mulher gestante e crianças.

Já para atividades de educação em saúde realizadas na unidade observou-se como temas em 2010: acidente de trabalho 31 (9,5%), aumento das atividades voltadas para prevenção da violência 60 (18,4%), álcool e drogas 99 (30,4%), tabagismo 129 (39,6%), menopausa 25 (7,7%), prevenção de tuberculose e hanseníase 197 (60,4%), de obesidade 140 (42,9%), educação alimentar 161 (49,4%) saúde bucal 213 (77,6%) e promoção de atividade física 167 (51,2%). Em 2007: acidente de trabalho 38 (11,7%), violência 28 (8,6%), álcool e drogas 85 (26,1%), tabagismo 108 (33,1%), menopausa 29 (8,9%), prevenção de tuberculose

e hanseníase 191 (58,6%), de obesidade 104 (31,9%), educação alimentar 133 (40,8%) saúde bucal 188 (57,7%), promoção de atividade física 131 (40,2%). Deve-se assinalar que houve ampliação na abordagem dos temas menos priorizados entre os dois períodos, tanto em ações na comunidade como dentro da unidade, apesar de alguns temas como acidente de trabalho e menopausa serem pouco mencionados nos dois períodos.

Ao analisar o nível de significância da diferença entre as aplicações para os 61 indicadores de qualidade utilizados, 22 indicadores apresentaram nível de significância de $p < 0,05$ com melhora ou piora de desempenho conforme o indicador e a dimensão/subdimensão correspondente. Ao cotejar com a variação percentual há correspondência no desempenho dos indicadores. Nas Tabelas 22 e 23 a seguir consta a variação percentual, onde o indicador quando apresenta pior desempenho obteve então aumento dos serviços pontuando 0 ou 1 em detrimento de obter 2 (padrão esperado) e ao alcançar melhora tende a apresentar mais pontuações 2 ou 1 e diminuir pontuação 0, primeiramente para Gerência e em seguida para Assistência.

TABELA 22- Variação percentual das pontuações , entre 0, 1 e 2, dos indicadores de Gerência com pior e melhor desempenho na aplicação do QualiAB 2010 em relação a 2007

INDICADOR	PONTUAÇÃO 0 VP0	PONTUAÇÃO 1 VP1	PONTUAÇÃO 2 VP2
Pior			
3. Planejamento da área de abrangência	265,9	-100,0	12,8
16. Uso dos dados de produção para planejamento	95,9		-26,5
Melhor			
8. Vacinas aplicadas na unidade	-29,1	-84,4	50,3
9. Exames feitos na Unidade	-37,0	38,9	-5,9
65. Métodos anticoncepcionais disponíveis nos últimos 6 meses	-37,7	-3,0	30,7

TABELA 23- Número, porcentagem e variação percentual das pontuações , entre 0, 1 e 2, dos indicadores de Assistência com pior desempenho na aplicação do QualiAB 2010 em relação a 2007

INDICADOR	PONTUAÇÃO 0	PONTUAÇÃO 1	PONTUAÇÃO 2
	VP0	VP1	VP2
Pior			
19. Diversidade de temas em educação em saúde trabalhados na comunidade	61,4	-5,3	-13,2
55. Tempo médio de espera entre o agendamento e a consulta médica para adultos	191,7	690,9	-40,3
66. Realização da assistência na atenção odontológica	28,8	7,9	-13,2
Melhor			
20. Diversidade de temas em educação em saúde na unidade	-7,2	-17,6	37,5
22. Diversidade da assistência para demanda espontânea	-41,9	0,0	7,4
28. Convocação de faltosos	-20,0	-14,9	15,3
33. Diversidade de profissionais que coletam o Papanicolau	-91,8		30,0
40. Exames de rotina para as gestantes	-54,4	-36,1	132,2
41. Solicitação de sorologia para sífilis e aids no pré-natal	23,7	-47,3	30,0
43. Atividades educacionais para gestantes	-24,2	38,9	10,8
51. Cuidados abordados no atendimento à criança	-63,2	53,1	9,1
52. Participação da unidade em instituições para criança	-34,3	59,8	4,9
53. Necessidades abordadas nas ações programadas	-7,9	-20,7	34,4
54. Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	-38,5	-53,3	48,5
62. Diagnóstico e orientação em situação de violência	-19,5	4,0	35,9

A Tabela 24 apresenta o p valor pelo teste e a performance da pontuação.

TABELA 24- Dimensões e subdimensões avaliativas por performance de cada indicador com $p < 0,05$

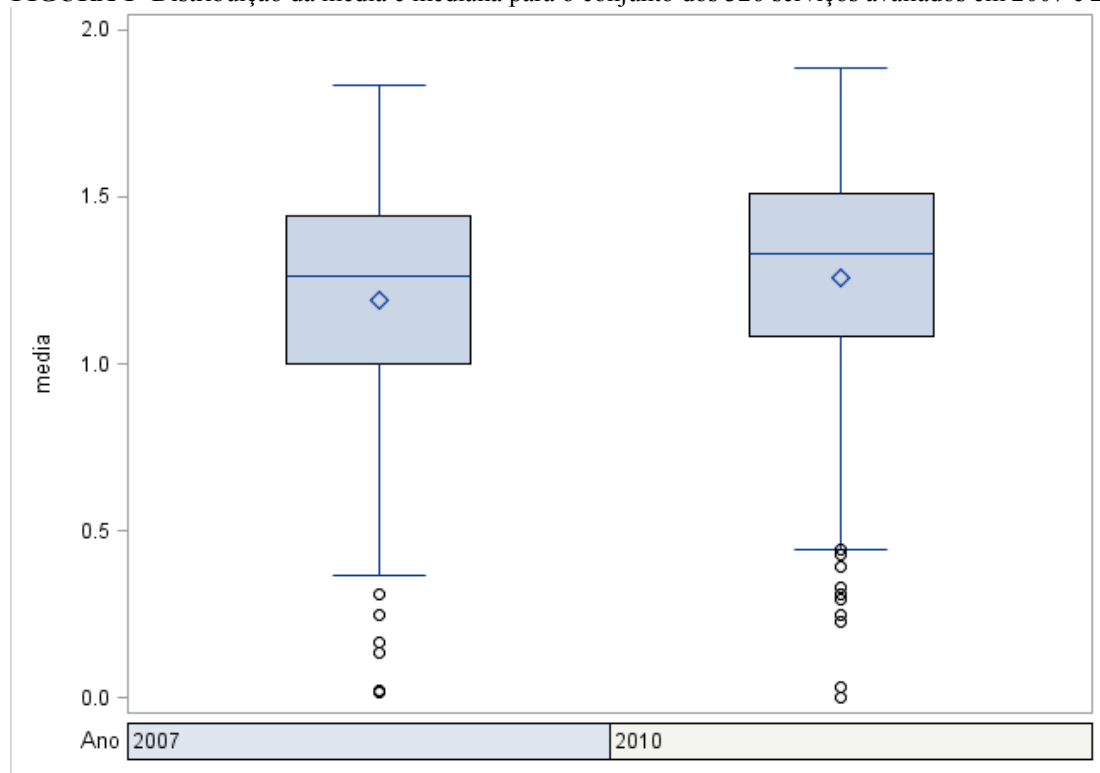
DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADOR	p-valor
<u>Piora</u>			
Gerência	Planejamento e avaliação	3. Área de abrangência planejada	<.0001
		16. Uso da produção assistencial para planejamento	<.0001
Assistência	Promoção e educação em saúde	19. Ações de educação em saúde na comunidade	0,0045
	Atenção a Adultos e Idosos	55. Tempo médio de espera entre o agendamento e a consulta médica para adultos	<.0001
	Saúde Bucal	66. Realização da assistência na atenção odontológica	0,0451
<u>Melhora</u>			
Gerência	Insumos básicos	8. Vacinas aplicadas na Unidade	<.0001
		9. Exames feitos na Unidade	0,0016
		65. Métodos anticonceptivos disponíveis nos últimos 6 meses	0,0006
Assistência	Promoção e educação em saúde	20. Ações de educação em saúde na unidade	0,0255
	Demanda Espontânea	22. Diversidade da assistência para demanda espontânea	0,0494
	Vigilância em saúde	28. Convocação de faltosos	0,0416
	Atenção à Mulher	33. Diversidade de profissionais que coletam o papanicolau	<.0001
		40. Exames de rotina para as gestantes	<.0001
		41. Solicitação de sorologia para sífilis e aids no pré-natal	0,0232
		43. Atividades educacionais para gestantes	0,0328
		62. Diagnóstico e orientação em situação de violência	0,0456
	Atenção a Crianças e Adolescentes	51. Cuidados abordados no atendimento à criança	0,0016
		52. Participação da unidade em instituições para criança	0,0121
		53. Necessidades abordadas nas ações programadas	0,0329
	Atenção a Adultos e Idosos	54. Ações regularmente programadas para atenção aos adultos	<.0001
		60. Necessidades abordadas nas ações programadas da atenção ao idosos	<.0001
	Enfermagem	70. Atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro	0,0001

Houve 5 indicadores que apresentaram piora do desempenho, sendo 2 para a Gerência – *Planejamento e avaliação*, e 3 para a Assistência sendo *Promoção e educação em saúde* e *Saúde bucal*. Já 17 apresentaram melhora significativa entre os períodos avaliados sendo divididos entre 3 de Gerência, destaca-se que todos referem-se a *Insumos Básicos*, e 14 de Assistência, entre os 15 indicadores referentes à *Atenção à Mulher* 1/3 (5) apontam melhora significativa, já para a *Atenção à Criança e Adolescente* que possui sete indicadores, 3 apresentam também melhora de desempenho. Outras subdimensões obtiveram melhora em um dos seus indicadores: *Demanda Espontânea*, *Vigilância em saúde*, *Organização Geral da*

Assistência - Enfermagem, Promoção e educação em saúde. Já *Atenção a Adultos e Idosos* apresentou um indicador mau avaliado e dois melhores.

O teste de mediana foi utilizado por considerar que a mediana é uma medida menos sujeita à influência de extremos. A Figura 1 traz a distribuição dos grupos de unidades avaliadas em 2007 e 2010, representação da média e mediana obtida. Observa-se que o conjunto de unidades avaliadas em 2010 tiveram distribuição melhor para o conjunto de respostas obtidas, evidenciando que o conjunto de unidades tende a apresentar um melhor desempenho na segunda aplicação, segundo o teste da mediana pelo nível de significância de 0,0273.

FIGURA 1- Distribuição da média e mediana para o conjunto dos 326 serviços avaliados em 2007 e 2010



A média obtida em 2007 corresponde a 1,19 e a mediana igual a 1,26, em 2010 a média é 1,26 e a mediana de 1,33

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho indicam melhoria da qualidade da APS na região avaliada, e permite a identificação dos pontos fracos a serem superados na organização dos serviços e os aspectos positivos a serem preservados.

A comparabilidade das aplicações do instrumento pode demonstrar o poder discriminatório dos diferentes indicadores utilizados nesse período e apontar modificações necessárias, considerando as possíveis mudanças ocorridas, num cenário de múltiplos investimentos na APS e incentivo a modificações no processo de trabalho, como também, alterações no perfil de demanda dos usuários que também induzem alterações no perfil organizacional dos serviços.

A análise comparativa foi realizada por diferentes metodologias que se complementam em termos de poder explicativo, demonstrando que o instrumento tanto fornece dados para a observação do conjunto de unidades de uma região, como aponta por meio dos indicadores e das dimensões e subdimensões avaliativas aspectos a serem discutidos na organização de serviços contemplando a avaliação do conjunto complexo de atribuições da APS.

A caracterização da organização da atenção à saúde em serviços de APS possibilita a compreensão e o debate sobre as práticas e as políticas vigentes e que revertem ou não na qualidade do cuidado.

A expansão de unidades no modelo de ESF foi observada no período e pode ser um fator colaborador para que alguns indicadores tenham apresentado melhores avaliações em 2010, já que esta alternativa organizacional é definida como prioritária e tem subsídios e estratégias indutoras que procuram fazer com que suas práticas aproximem-se das propostas da PNAB.

Como limites do estudo deve-se levar em conta o curto período entre as avaliações e a impossibilidade de discutir os dados considerando aspectos da micropolítica regional, a qual contribui para diferenciar o processo de trabalho, seja em âmbito municipal, como também pela própria equipe, assim a discussão é debatida sobre a vertente do conjunto dos serviços, mesmo sabendo que entre os municípios avaliados há diferenças importantes quanto ao porte populacional e ao próprio desenvolvimento econômico.

REFERÊNCIAS

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 PanAmericana da Saúde, 2006. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/pdsss/pdsss-v10.pdf>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Aprova o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Guia de Implantação Municipal AMQ**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em janeiro de 2014.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out-dez, 2014. Disponível em: http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2015/01/RSD103_web.pdf. Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional**. Projeto submetido ao Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, edital Universal 04/2012), 2012.

_____; NEMES, M. I. B.; ALMEIDA, M. S.; PUTTINI, R. F.; SOARES, I. D.; PATRICIO, K. P.; NASSER, M. A.; MACHADO, D. F.; CALDAS JR, A. L.; VASCONCELOS, R.; PISSATO, S. B.; CARRAPATO, J. F. L.; BIZELLI, S. S. K. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Revista Saúde e Sociedade** v. 20, n. 4, p. 935-947. 2011.

_____; DALBEN, I. S.; ALMEIDA, M. A. S. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Revista Saúde e Sociedade** v. 18, n. 2. 2009.

NEMES, MIB. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, p. 48-65, 2000.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo: RRAS 09 – DRS Bauru**. São Paulo, 2014.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. **Índice Paulista de Responsabilidade Social e índice de Desenvolvimento Humano**. 2007.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho, além de seu caráter descritivo ao demonstrar cada passo percorrido para obtenção da última versão do instrumento QualiAB, o qual será aplicado nacionalmente, traz as atividades realizadas por uma equipe de pesquisadores com a tarefa atribuída a mim de análise deste processo.

Como produtos deste trabalho, a priori, temos o artigo publicado na Revista Saúde em Debate sobre a aplicação de 2007, a proposta de artigo supracitada sobre a comparação das aplicações anteriores, além do objetivo de propor um artigo que demonstre as etapas de validação executadas, um artigo de revisão integrativa sobre processos de validação de instrumentos, sem contar os cinco trabalhos já apresentados em três congressos internacionais, sendo um deles para apresentação oral e o restante em pôster.

A referência do artigo e o link para acesso constam a seguir:

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; **ZARILI, T. F. T.**; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. Saude em Debate, v. 38, p. 679-691, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0679.pdf>

O produto desse projeto (QAB3) será aplicado após consulta e articulação com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das regiões envolvidas - São Paulo, Maranhão, Paraná e Mato Grosso - em formato *online* a amostra aleatória de serviços, segundo tipo de unidades (CNES) e tamanho dos municípios de cada região, em Regiões de Saúde das áreas onde se localizam as universidades participantes (Interior de São Paulo, Grande São Paulo, Maranhão, Mato Grosso e Paraná). Há discussão para aumentar a abrangência de estados dessa aplicação, o que deve ocorrer. Atualmente estão em discussões a logística e o processo da aplicação, a análise, além da atualização do software da aplicação piloto, a criação do software final e definitivo e a revisão do Guia de Boas Práticas. O intuito é realizar uma validação concorrente, onde o gestor irá definir entre suas unidades três níveis de qualidade, dados estes confrontados com os resultados finais. Essa etapa não integra o presente trabalho e consiste na terceira e última fase do projeto aprovado pelo CNPq.

No Brasil há diversas experiências e instrumentos de avaliação da APS, o que permite comparações entre os mesmos, assim como pesquisas que avaliem os sistemas de saúde. Para o PMAQ o uso do instrumento AMAQ não é obrigatório, sendo assim é possível

que os gestores municipais e as equipes de AB façam uso de outro instrumento que melhor se adeque à sua necessidade e realidade, tendo agora o QualiAB como uma opção.

Este trabalho de mestrado possui a contribuição de descrever um processo de validação de um instrumento de avaliação da APS em um contexto onde o questionário aplicado em uma determinada região deve, primeiramente, sofrer a atualização compromissada com o atributo incremental da qualidade, e a avaliação de outros contextos politico-organizacionais em um mesmo sistema de saúde também gera a demanda para a validação e uso de diversas estratégias em seu processo.

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.; SANTOS, M. A. R. dos; COSTA, A. F. B. **Aplicação do coeficiente alfa de cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública.** In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, São Carlos, SP. 2010. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_TN_STO_131_840_16412.pdf. Acesso em 05 de junho de 2015.

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 PanAmericana da Saúde, 2006. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/pdsss/pdsss-v10.pdf>. Acesso em 18 de novembro de 2014.

ANDRADE, M. C.; CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. **Revista Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, dec. 2011 .

BESSA, N. M. Validade – o conceito, a pesquisa, os problemas de provas geradas pelo computador. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 18, n. 37, maio/ago. 2007

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. A Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 27-53, mar/jun. 2010.

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da Qualidade na Avaliação em Saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 2, apr. 2010 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Aprova o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Guia de Implantação Municipal AMQ.** Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade – Qualificação a estratégia saúde da Família**. Documento técnico - Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família: diretriz conceitual**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família -PROESF**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, jun. 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/proesf>. Acesso em: 14 abr. 2014.

BRASIL-PISSATTO, S. B. G. (2011). **Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba**. [Tese de Doutorado] Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

BRITO, T. A.; JESUS, C. S. Evaluación de servicios de salud: aspectos conceptuales y metodológicos, **Revista Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, v. 139, n. 14, p 1-7, 2009. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>. Acesso em junho de 2013.

BRUIN-KOOISTRA, M.; AMELINK-VERBURG, M. P.; BUITENDIJK, S. E.; WESTERT, G. P. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 3: p. 301–310. 2012.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. CNES. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em janeiro de 2014.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A.; MARSHALL, M. Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care. **BMJ Quality & Safety Health Care** v. 11, p. 358-364. 2002.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **Revista História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

_____. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J. P.; FRIEDENBERGH, L. A. Measuring Consumer Experiences with Primary Care. **Pediatrics**, v. 105, p. 998-1003. 2000.

CASTANHEIRA, E. R. L.; NEMES, M. I. B.; ZARILI, T. F. T.; SANINE, P. R.; CORRENTE, J. E. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out-dez, 2014. Disponível em: http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2015/01/RSD103_web.pdf. Acesso em: 12 de janeiro de 2015.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional**. Projeto submetido ao Comitê Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, edital Universal 04/2012), 2012.

_____; NEMES, M. I. B.; ALMEIDA, M. S.; PUTTINI, R. F.; SOARES, I. D.; PATRICIO, K. P.; NASSER, M. A.; MACHADO, D. F.; CALDAS JR, A. L.; VASCONCELOS, R.; PISSATO, S. B.; CARRAPATO, J. F. L.; BIZELLI, S. S. K. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Revista Saúde e Sociedade** v. 20, n. 4, p. 935-947. 2011.

_____; DALBEN, I. S.; ALMEIDA, M. A. S. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Revista Saúde e Sociedade** v. 18, n. 2. 2009.

CHE, A. Y.; SCHRAGER, S. M.; MANGIONE-SMITH, R. Quality Measures for Primary Care of Complex Pediatric Patients. **Pediatrics**, v. 129, n. 433, 2012.

COMA, E.; FARRAN, M.; MÉNDEZ, L.; IGLESIAS, B.; FINA, F.; MEDINA, M. Creation of a Synthetic Indicator of Quality of Care as a Clinical Management Standard in Primary Care. **SpringerPlus**, v. 2, n. 51, 2013. Disponível em: <http://www.springerplus.com/content/2/1/51>

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p. S7-S27, 2008

_____. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004.

COUTINHO, S. S.; FREITAS, M. A.; PEREIRA, M. J. B.; VEIGA, T. B.; FERREIRA, M.; MISHIMA, S. M. O uso da técnica delphi na pesquisa em atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.582-596 jul./set. 2013.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011.

DONABEDIAN, A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

_____. Twenty years of research on quality of medical care: 1965-1984. **Evaluation Health Professions Journal**, v. 8, p. 243-65, 1985.

ENGELS, Y.; DAUTZENBERG, M.; CAMPBELL, S.; BROGE, B.; BOFFIN, N.; MARSHALL, M.; ELWIN, G.; JAMSEK, V.; GERLACH, F.; SAMUELSON, M.; GROL, R. Testing a European set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices. **Journal of Oxford**. 2005. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/>.

GOUVÊA, C. S. D. (2011) **Desenvolvimento de indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos**. [Tese de Doutorado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

HAGGERTY, J.; MARTIN, C. M. **Evaluating primary health care in Canada and the right questions to ask! The national evaluation strategy for primary health care**. Ottawa: Health Canada; 2005. Disponível em: http://www.academia.edu/233290/EVALUATING_PRIMARY_HEALTH_CARE_IN_CANADA_THE_RIGHT_QUESTIONS_TO_ASK. Acesso em: 30 de dezembro de 2014.

HARTZ, Z. M. A.; Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARZHEIM, E.; OLIVEIRA, M. M. C.; AGOSTINHO, M. R.; HAUSER, L.; STEIN, A. T.; GONÇALVES, M. R.; TRINDADE, T. G. BERRA, S.; DUNCAN, B. B.; STARFIELD, B. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, out-dez. 2013.

_____; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Consistência interna e Confiabilidade da Versão em Português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para Serviços de Saúde Infantil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, jun. 2010.

KENNIE- KAULBACH, N.; FARREL, B.; WARD, N.; JOHNSTON, S.; GUBBELS, A.; EGUALE, T.; DOLOVICH, L.; JORGESON, D.; WAITE, N.; WINSLADE, N. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. **BMC Family Practice**, v. 13, n. 27, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/27>

KHANNA, D.; KOWAL-BIELECKA, O.; KHANNA, P. P.; LAPINSKA, A.; ASCH, S. M.; WENGER, N.; BROWN, K. K.; CLEMENTS, P.; GETZUG, T.; MAYES, M. D.; MEDSGER, T. A.; JUNIOR OUDIZ, R.; SIMMS, R.; STEEN, V.; MARANIAN, P.; FURST, D. E. Quality indicator set for systemic sclerosis. **Clinical and Experimental Rheumatology Journal**, v. 29, supl., 65, p. 33-39. 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. e colaboradores. **Integralidade e atenção primária em saúde: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Edital nº. 49/2005 - MCT-CNPq/MS-DAB/SAS - Processo nº. 40241/2005-1). 2008. Disponível em: <http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2014.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. da. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. 1ª edição. Curitiba, Appris, 2014.

NEMES, M. I. B.; ALENCARLL, T. M. D.; BASSO, C. R.; CASTANHEIRA, E. R. L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M. T. S. S. de B. e; CARACIOLO, J. M. M.; SANTOS, M. A. Avaliação de serviços de assistência ambulatorial em aids, Brasil: estudo comparativo 2001/2007. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, Feb. 2013.

_____.; CARACIOLO, J. M. M; BASSO, C. R, Equipe de Pesquisa Qualiaids. **Relatório técnico final do projeto: Atualização do questionário eletrônico para auto-avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV/aids - Sistema Qualiaids**. São Paulo, Dezembro, 2010.

_____. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.Supl. 2, p. S310-S321, 2004.

_____. **Avaliação em Saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B., NEMES, M.I.B., MENDES-GONÇALVES, R.B. (orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: HUCITEC, p. 48-65, 2000.

_____. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B., organizadora. **Programação em saúde** hoje. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 65-116. (Saúde em Debate, Série Didática).

NOVAES, H.M.D. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.34 n.5 p. 547-59. São Paulo out. 2000.

OLIVEIRA, M. M. C. **Presença e extensão dos atributos a atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre: uma análise agregada**. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

OMS. **The World Health Report 2008: primary health care, now more than ever**. Geneva, 2008. Disponível em <www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em: abr. 2014.

OPAS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS**, 2005.

PASARÍN, M. I.; BERRA, S.; GONZÁLEZ, A.; SEGURA, A.; TEBÉ, C.; GARCÍA-ALTÉS, A.; VALLVERDÚ, I.; STARFIELD, B. Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools – Facility version” for the Spanish health system. **Revista Gaceta Sanitaria.**, v. 27, n. 1, p. 12-18, 2013.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 43, n. spe, Dec. 2009 .

PLATAFORMA LATTES. **Currículo do sistema currículo Lattes**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/busca.do>. Acesso em: 10 a 20 de novembro de 2014.

RIBEIRO, M. A. S.; VEDOVATO, T. G.; LOPES, M. H. B. M.; MONTEIRO, M. I.; GUIRARDELLO, E. B. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, p. 218-28. 2013.

SANINE, P. R. (2014). **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no estado de São Paulo**. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2014.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo: RRAS 09 – DRS Bauru**. São Paulo, 2014.

SCHRAIBER, L. N.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva** v. 4, n. 2, p. 221-242. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B., NEMES, M. I. B., MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). **Saúde do Adulto: Programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, p. 173-193, 2000.

SCOTT, I.; CAMPBELL, D. Health Services Research: what is it and what does it offer? **Internal Medicine Journal**; v. 32, p. 91–99. 2002.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de dados. **Índice Paulista de Responsabilidade Social e índice de Desenvolvimento Humano**. 2007.

SILVA, R. F. da; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 33, n. 3, Sept. 1999.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D.Andrea Corbo (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3. Disponível em: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/rismaterialdidatico63.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

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

SHI, L, STARFIELD, B., XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 161. 2001.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L.; HUNG, L. M.; LEBRUN, L. A. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 23, n. 3, p. 402-12. 2010a.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L. LEBRUN, L. A. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. **Medical Care**, v. 48, n.7, p. 628-34. 2010b.

VILLALBÍ, J. R.; FARRÉS, J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003. **Atención Primaria**, v. 35, p. 484–8. 2005.

WONG, S. Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S. M. CARTHY, T.; WONG, M. C.; LO, S. V.; CHUNG, V. C.; GOGGINS, W. B.; STARFIELD, B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, v. 10, n. 397. 2010.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi – Uma Ferramenta de Apoio ao Planejamento Prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração** v. 1, n. 12. 2000.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 01 – PARECER DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Elaborado pela Instituição
Coparticipante**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional.

Sub-Projeto I: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: atualização e validação do instrumento QualiAB - que será objeto de dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva de Thais Fernanda Tortorelli Zarili

Pesquisador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13298713.1.0000.5411

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 420.887

Data da Relatoria: 09/10/2013

Apresentação do Projeto:

A utilização de metodologias de avaliação focadas no cotidiano do trabalho do serviço de saúde, factíveis e cientificamente validadas, contribui para a disseminação da "cultura avaliativa" que vem sendo estimulada no Sistema Único de Saúde. Uma metodologia de avaliação é por meio do questionário QualiAB, que consiste em um instrumento autoaplicativo proposto para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de unidades de saúde da Atenção Básica. Originalmente teve seu desenvolvimento e validação voltado ao estado de São Paulo. Assim, o intuito desse projeto de dissertação de mestrado é validar a aplicação do QualiAB em nível nacional. Para tanto, a validação final do novo instrumento será realizada em vários estados - Maranhão, Mato Grosso, Paraná e São Paulo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Disponibilizar uma nova versão do Questionário QualiAB validada, em formato eletrônico, para aplicação por estados e/ou municípios por adesão livre do gestor municipal, em 2015. Objetivo Secundário: - Revisar e atualizar o instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade de serviços de Atenção Básica, Questionário QualiAB; - Revisar e atualizar o guia de boas práticas do QualiAB; - Disponibilizar um software para resposta e devolução dos resultados on line da nova versão do Questionário QualiAB; - Avaliar uma amostra randomizada de Serviços de Atenção Básica em 4 estados brasileiros; - Entregar resultados da avaliação de serviços de Atenção Básica consolidados por município e região participante para os gestores responsáveis de cada instância de governo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há, desde que seja garantida a confidencialidade dos sujeitos de pesquisa. Benefícios: O desenvolvimento e atualização de instrumentos de avaliação de qualidade de serviços, autoaplicáveis, contribuem para a qualificação das equipes e o aprimoramento dos serviços prestados. O instrumento QualiAB pode ganhar maior especificidade e acurácia a partir de sua atualização e nova validação, podendo ser oferecido como alternativa à avaliação da qualidade dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto tem instituições co-participantes: Universidade Federal do Maranhão, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Sujeitos de estudo: 50 gerentes de indicadas como bons serviços, 10 especialistas do grupo de consenso; aproximadamente 800 gerentes ou responsáveis por unidades básicas, aleatoriamente amostradas nas regiões participantes e gestores de saúde dos municípios onde essas se localizam. A metodologia possui 3 fases: Fase 1. Revisão do questionário QualiAB pela equipe de pesquisadores, utilizando como principais bases empíricas: revisão das normas técnicas nacionais e internacionais, bibliografia científica e cinzenta (não indexada); análise da performance estatística das questões nas aplicações anteriores (2007 e 2010); e aplicação do questionário para 50 gerentes de serviços considerados bons segundo os gestores municipais. Fase 2. Avaliação do instrumento por Grupo de 10 Especialistas com aplicação da técnica Delphi em duas rodadas; a nova versão do questionário e do Guia de Boas Práticas será utilizada para desenvolvimento do aplicativo eletrônico para resposta e devolutiva dos resultados on line para os serviços. Fase 3. Aplicação em amostra aleatória de serviços de Atenção Básica em 5 regiões de Saúde de 4 estados, definida com base nos tipos de unidades (CNES) e tamanho dos municípios, em Regiões de Saúde dos estados onde se localizam as universidades participantes (Interior e Grande São Paulo; Maranhão, Mato Grosso e Paraná).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE será aplicado para os sujeitos participantes das diferentes fases da investigação, possui linguagem apropriada aos sujeitos, é claro e objetivo.

Recomendações:

Carta de anuência das instituições participantes

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto Atende aos requisitos fundamentais da Resolução nºo. 196/96 e suas complementares do

Conselho nacional de Saúde/MS. Ao final do estudo é necessário apresentar o Relatório Final de Atividades.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 10 de Outubro de 2013

Assinado por: Roger Chammas
(Coordenador)

9.2. ANEXO 02 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Terminologia obrigatória em atendimento à resolução 196/96 - /CNS-MS).

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional

Identificação do profissional responsável pelo preenchimento do questionário

Nome*: _____

CPF*: _____

Endereço*: _____

Bairro: _____

Telefone*: _____

E-mail: _____

*preenchimento obrigatório tanto na versão impressa como na versão eletrônica.

DADOS SOBRE A PESQUISA

O Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) consiste em um instrumento autoaplicativo proposto para investigar a estrutura e organização do processo de trabalho por meio de indicadores de assistência e gerenciamento de unidades de saúde da Atenção Básica. Originalmente teve seu desenvolvimento e validação realizada no estado de São Paulo. No projeto o intuito é validar a aplicação do QualiAB em nível nacional. Para tanto, a validação final do novo instrumento será realizada em vários estados - Maranhão, Mato Grosso, Paraná e São Paulo.

Trata-se de um questionário com questões de múltipla escolha para resposta on line com questões que abordam características da estrutura, organização da assistência e gerenciamento local, enquanto dimensões capazes de qualificar a atenção realizada nos serviços. Destina-se a serviços concebidos segundo diferentes modelos, incluindo Saúde da Família, Unidades Básicas “tradicionais” e aquelas com diferentes arranjos entre esses dois modelos.

ETAPAS DA PESQUISA

A atualização e validação serão realizadas por meio de mecanismos de consenso e aplicação em amostra randomizada de serviços, localizados em cinco regiões de quatro estados brasileiros, conforme as fases apresentadas a seguir:

FASE 1:

I- Revisão do questionário QualiAB pela equipe de pesquisadores;

II- Envio do questionário revisado para 50 gerentes de UBS para consultá-los quanto à qualidade das questões;

III- Definição de uma nova versão.

FASE 2:

- A- Discussão com grupo de especialistas em Atenção Primária com a participação de 10 especialistas, consultados em 2 rodadas;
- b- Definição de última versão do questionário revisado.
- c- Desenvolvimento de aplicativo (software) para resposta eletrônica ao questionário;

FASE 3:

- a- Definição de amostra de serviços e comunicação com gerentes para obtenção de consentimento;
- b- Aplicação do novo QualiAB, para resposta on line, em amostra aleatória de serviços de Atenção Básica em 4 estados - São Paulo (capital e interior); Maranhão, Mato Grosso e Paraná;
- c- Devolução dos dados aos serviços avaliados;
- d- Análise descritiva e estatística das aplicações.

O presente TCLE foi elaborado em caráter único para todos os participantes do estudo, envolvendo diferentes sujeitos:

1. Especialistas dos grupos de consenso
2. Gerentes de serviços selecionados
3. Gestores municipais
4. Gerentes de serviços sorteados em 5 regiões de saúde de 4 estados brasileiros

O TCLE será disponibilizado em formato impresso e eletrônico, de acordo com a fase da pesquisa.

A participação em qualquer uma das etapas da pesquisa não apresenta riscos, desconforto ou inconveniências pessoais e não trará nenhum comprometimento profissional ou para as relações no local de trabalho do(s) respondente(s). A participação é voluntária. A recusa não implicará em nenhum prejuízo pessoal, ou profissional. O benefício desta avaliação para os participantes será o de contribuir para o aprimoramento de um instrumento de avaliação da qualidade da Atenção Básica que será disponibilizado para o Sistema Único de Saúde.

As pesquisadoras responsáveis pelo projeto são a Prof^{ra}. Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira, docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP e Thais Fernanda Tortorelli Zarili, mestrande do curso de Pós graduação em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP.

GARANTIAS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL E DO SERVIÇO PARTICIPANTE

Os nomes dos profissionais, dos serviços e dos municípios participantes nesta pesquisa não serão divulgados de nenhum modo em artigos, relatórios ou qualquer outra forma de divulgação científica ou leiga. Não se trata de uma avaliação de desempenho profissional e os profissionais, individualmente, não são objetos de nenhum tipo de avaliação.

As informações contidas no questionário em hipótese alguma prejudicarão o trabalho ou a inserção no serviço de qualquer profissional.

Do mesmo modo a avaliação não está atrelada a nenhuma forma de incentivo fiscal ou financeiro para os municípios.

CONTATO COM O RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Se você tiver dúvidas sobre o questionário ou sobre sua participação, sinta-se à vontade para perguntar em qualquer momento à pesquisadora responsável:

- Prof^a Elen Rose Lodeiro Castanheira (14) 3880-6388/ 3811-6200, (Departamento de Saúde Pública/ FMB-UNESP), ou ainda, pelo e-mail: abasica@fmb.unesp.br;
- Thais Fernanda Tortorelli Zarili: thaiszarili@gmail.com.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/3880-1609.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da avaliação.

Assinatura do Participante

Assinatura dos Pesquisadores:

Elen Rose Lodeiro Castanheira – Prof^a responsável

Thais Fernanda Tortorelli Zarili – aluna executante da pesquisa

9.3. ANEXO 03 – DIÁRIO DE CAMPO – PRÉ-TESTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR:
2. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE VISITADA
Data:
Município:
Nome da unidade:
Nome do contato:

1. Como foi a receptividade do gestor municipal e do gerente do serviço em responder o questionário/ participar de um processo de avaliação? (dificuldades e facilidades)

2. Qual sua percepção sobre a unidade? Organização geral do serviço (estrutura e fluxos), postura dos profissionais, relação dos profissionais com os usuários.

3. Dificuldades relatadas para responder ao questionário quanto:

- ao tamanho do instrumento/ tempo gasto;
- compreensão: facilidades, dificuldades em responder; necessidade de novas questões, etc
- participação de outros profissionais no processo de resposta;
- dificuldades quanto ao número de equipes – o questionário retrata o trabalho feito pelo serviço como um todo?

9.4. ANEXO 04 - QUESTIONÁRIO QUALIAB (QAB3) – 120 QUESTÕES

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA QUALIAB

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta unidade se caracteriza por ser: DESCRITIVA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Unidade de Saúde da Família (USF)
- 2) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” *
- 3) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
- 4) Unidade Básica de Saúde (UBS) “tradicional” * **com** Equipe de Saúde da Família (ESF)
- 5) Unidade Básica de Saúde (UBS) * “tradicional” ou Unidade de Saúde da Família (USF) **integrada à** Unidade de Pronto Atendimento (PA)
- 6) Posto Avançado de Saúde - unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)
- 7) Outra. Qual: _____

*Unidade Básica de Saúde “Tradicional” = Unidades Básicas sem Saúde da Família

2. A instituição que assume a gestão administrativa do serviço é: DESCRITIVA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Secretaria/Diretoria/Coordenadoria Municipal de Saúde
- 2) Fundação ou Organização Social
- 3) Secretaria de Estado da Saúde
- 4) Universidade pública
- 5) Universidade privada
- 7) Ministério da Saúde
- 8) Consórcio intermunicipal
- 9) Outros. Quais: _____

3. Localização geográfica da unidade: DESCRITIVA

Assinale apenas uma alternativa

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

4. A área de abrangência da unidade é definida: PONTUADA***Assinale apenas uma alternativa***

- 1) Administrativamente pelo nível central da secretaria da saúde ou outra instância municipal responsável pela saúde
- 2) Por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e facilidade de acesso
- 3) Na prática a equipe define uma área para realizar ações na comunidade
- 4) Sem definição de área de abrangência

5. No território de atuação desta unidade existe a presença de grupos populacionais: DESCRITIVA***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) Indígenas
- 2) Quilombolas
- 3) Populações ribeirinhas
- 4) Ciganos e nômades urbanos
- 5) Acampados e assentados
- 6) Trabalhadores sazonais e volantes
- 7) Pessoas em situação de rua
- 8) Profissionais do sexo
- 9) Moradores de abrigos, albergues
- 10) Encarcerados
- 11) Imigrantes
- 12) Outros. Quais: _____
- 13) Não ocorre a presença dessas populações no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade: DESCRITIVA***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) Todas as manhãs
- 2) Todas as tardes
- 3) Todas as noites
- 4) Algumas manhãs
- 5) Algumas tardes
- 6) Algumas noites
- 7) 24 horas

7. Quanto às instalações gerais, pode se dizer que a unidade possui: DESCRITIVA***Assinale uma ou mais alternativas***

- 1) Bom estado de conservação (pintura, móveis, instalações elétrica e hidráulica)
- 2) Acesso à pessoas com deficiências

- 3) Ventilação e iluminação adequadas
- 4) Número de cadeiras na unidade é adequado à demanda
- 5) Bebedouro
- 6) Banheiro para os usuários
- 7) Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência (PCD)
- 8) Banheiro dentro do consultório ginecológico
- 9) Sala de espera
- 10) Salas e consultórios em número adequado para as atividades realizadas
- 11) Sala de vacina
- 12) Sala de Curativo
- 13) Sala de esterilização de material
- 14) Sala para realização de atividades educativas e grupos
- 15) Consultório dentário
- 16) Gerador de energia

8. Os equipamentos e recursos de apoio disponíveis no serviço são: DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Quadro para informações
- 2) Televisão
- 3) Cadeira de rodas
- 4) Geladeira exclusiva para vacinas
- 5) Mesa para exame ginecológico
- 6) Equipamentos odontológicos
- 7) Carrinho de emergência
- 8) Desfibrilador
- 9) Microcomputadores
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso a sistema informatizado para alimentação de banco de dados
- 12) Prontuário eletrônico do paciente
- 13) Sistema de senhas na sala de espera
- 14) Acesso à ambulância para transporte de pacientes, quando necessário
- 15) Veículo para uso da unidade

9. A unidade possui equipe de saúde da família: DESCRITIVA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim. Quantas: _____
- 2) Não

10. Número de profissionais fixos e volantes na unidade por categoria: DESCRITIVA

Preenchimento numérico de todas as questões (a partir de zero)

Profissional	Nº de profissionais FIXOS na unidade (Presença diária no serviço)	Nº de profissionais VOLANTES (Atende alguns períodos)
1) Médico de família		
2) Médico clínico geral		
3) Médico pediatra		
4) Médico ginecologista		
5) Médico psiquiatra		
6) Médicos de outras especialidades		
7) Enfermeiro		
8) Dentista		
9) Psicólogo		
10) Terapeuta Ocupacional		
11) Assistente Social		
12) Nutricionista		
13) Fonoaudiólogo		
14) Fisioterapeuta		
15) Farmacêutico		
16) Agente Comunitário de Saúde		
17) Auxiliar de enfermagem		
18) Técnico de enfermagem		
19) Auxiliar de cirurgião dentista		
20) Técnico de higiene dentária		
21) Auxiliar de farmácia		
22) Recepcionista		
23) Auxiliar administrativo		
24) Auxiliar de serviços gerais		
25) Vigia		
26) Motorista		
27) Outros. Quais:		

11. Esta unidade recebeu profissionais dos seguintes programas, no último ano: DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provab médico
- 3) Provab enfermeiro
- 4) Provab dentista
- 5) Outros. Quais: _____
- 6) Não recebeu profissionais de nenhum programa de apoio

12. A unidade tem acesso a uma rede de serviços municipais ou regionais composta por:
DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipes multiprofissionais de apoio e supervisão
- 3) CRAS (Centro de Referência em Assistência Social)
- 4) CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social)
- 5) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) ou serviço equivalente
- 6) Serviços de atenção ao idoso
- 7) Serviços de atenção à criança
- 8) Serviços de atenção à mulher
- 9) Ambulatórios de especialidades
- 10) AME (Ambulatório Médico de Especialidades)
- 11) CEO (Centro de Especialidades Odontológicas)
- 12) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 13) ONG (Organização Não Governamental)
- 14) Ações comunitárias ligadas a igrejas
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Não tem acesso a serviços de apoio

13. Nessa unidade o apoio técnico por equipe externa ao serviço (matriciamento) é feito por:
PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)
- 2) Equipe multiprofissional
- 3) Outro tipo de serviço (por exemplo, videoconferência, telessaúde, outros)
- 4) Não é realizado por nenhuma instância

14. Em relação ao número de consultas médicas informe: DESCRITIVA

Preenchimento

- 1) Quantas CONSULTAS MÉDICAS foram realizadas no último mês nesta Unidade? (considerando o total de consultas para todas as faixas etárias, agendadas e não agendadas): _____
- 2) Dado não disponível

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

Preenchimento

- 1) O número aproximado de moradores (população residente): _____
- 2) O número aproximado de famílias: _____
- 3) Dados não disponíveis

II. INFORMAÇÃO PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

16. A unidade utiliza para registro das informações os seguintes sistemas de informação:
DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) SIAB
- 2) e-SUS/SISAB
- 3) Sistema de informação próprio do município
- 4) GIL (Gerenciamento de Informação Local)
- 5) SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)
- 6) SIS PreNatal
- 7) SIS HIPERDIA
- 8) Outros sistemas de informação. Quais: _____
- 9) Não alimenta diretamente nenhum sistema de informação

17. Os dados que possuem registro de rotina na unidade são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Número de consultas por faixa etária
- 2) Número de consultas médicas
- 3) Número de consultas de enfermagem
- 4) Número de atendimentos odontológicos
- 5) Número de grupos realizados
- 6) Número de vacinas realizadas
- 7) Número de coletas de papanicolaou
- 8) Número de visitas domiciliares
- 9) Número de atendimentos não agendados ou "extras"
- 10) Faltas em atendimentos agendados
- 11) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- 12) Outros. Quais: _____
- 13) Não realiza registro de nenhuma informação

18. Os dados da produção assistencial (número de atendimentos e procedimentos) da unidade são:
PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações da unidade
- 2) Disponibilizados para os sistemas de informação, mas utilizados somente pela gestão municipal
- 3) Não são utilizados para planejamento

19. Os dados epidemiológicos da região são: PONTUADA**Assinale apenas uma alternativa**

- 1) Utilizados para orientar e planejar as ações locais de saúde
- 2) Utilizados para planejamento pela gestão municipal, mas não são do conhecimento da unidade
- 3) Não são utilizados para o planejamento

20. A unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de: PONTUADA**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Dados dos programas executados pela unidade (Pré-natal, atenção à criança, atenção à hipertensos e diabéticos, entre outros)
- 2) Dados do perfil da demanda dos casos “extras” (ou não agendados)
- 4) Dados do cadastro das famílias
- 3) Estudos na comunidade
- 5) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 6) Não realizou nenhum tipo de levantamento

21. Nos últimos 3 anos, a unidade participou das seguintes processos avaliativos: DESCRITIVA**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Avaliação organizada pela gestão municipal
- 2) Avaliação organizada pela própria Unidade
- 3) Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - Questionário AMAQ (Ministério da Saúde)
- 4) Avaliação Externa – PMAQ (Ministério da Saúde)
- 5) Avaliação da Qualidade da Atenção Básica - Questionário QualiAB (SES/SP – FMB/UNESP)
- 6) Avaliações organizadas por outras instituições. Quais: _____
- 7) Não participou de nenhuma avaliação

22. As avaliações realizadas nessa unidade tiveram como desdobramento principal: PONTUADA**Assinale uma ou mais alternativas**

- 1) Relatório dos problemas identificados para o nível central da gestão municipal de saúde
 - 2) Plano anual de trabalho definido pela gestão municipal
 - 3) Planejamento e reorganização da assistência da unidade com participação do conjunto dos profissionais
 - 4) Reorganização das estratégias de gerenciamento local
 - 5) Não houve modificações
 - 6) Não participou de nenhuma avaliação anterior
-

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

III. 1. Atividades de promoção, prevenção e educação em saúde

23. Os principais temas de educação em saúde abordados em ações NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"), no último ano foram: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestação na adolescência
- 2) Educação alimentar
- 3) Atividades físicas
- 4) Qualidade de vida e envelhecimento saudável
- 5) Violência (doméstica, sexual, relativas a crianças e idosos, outros)
- 6) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 7) Tabagismo
- 8) Saúde bucal
- 9) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 10) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, malária, outros)
- 11) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 12) Outras Qual (is): _____
- 13) Não pode ser realizada nenhuma atividade nesse período

24. As estratégias de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS") são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/Aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestra sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde ou comunidade
- 3) Rodas de conversa sobre temas definidos pela comunidade
- 4) Atividades periódicas realizadas em instituições locais (escola, igreja, creche, associação de moradores e outros)
- 5) Atividades periódicas sobre temas definidos a partir das necessidades de saúde da comunidade
- 6) Atividades articuladas com outras secretarias do município (Educação, Meio Ambiente, Assistência Social, Esportes, outros)
- 7) Outras. Quais: _____
- 8) Não realiza atividades na comunidade

25. As ações de educação em saúde desenvolvidas NA UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) DST e Aids
- 3) Tuberculose e/ou hanseníase

- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 7) Climatério e menopausa
- 8) doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 9) obesidade e/ou desnutrição
- 10) Violência (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, outros)
- 11) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 12) Tabagismo
- 13) Outras. Quais: _____
- 14) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

26. As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/Aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras)
- 2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde
- 3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes outros)
- 4) Atividades em sala de espera
- 5) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 7) Outras Quais: _____
- 8) Não realiza atividades de educação em saúde

III. 2. Atividades de rotina

27. Os procedimentos de rotina realizados por esta unidade são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
 - 2) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
 - 3) Pequenas suturas
 - 4) Retirada de pontos
 - 5) Hidratação por via venosa
 - 6) Aplicação de tratamento endovenoso
 - 7) Aplicação de tratamento intramuscular
 - 8) Troca de sonda vesical de demora
 - 9) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
 - 10) Curativo de úlceras agudas e crônicas
 - 11) Outros. Quais: _____
 - 12) Não realiza nenhum procedimento
-

28. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na unidade: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) BCG
- 2) Hepatite B
- 3) Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop
- 4) Polio Inativada/ vacina inativada de polio/VIP
- 5) Pentavalente (DTP + Hib + HB)
- 6) DTP (Tríplice Bacteriana)
- 7) Tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola - SCR)
- 8) Tetra viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora)
- 9) dT (dupla adulto)
- 10) Rotavírus Humano
- 11) Febre Amarela
- 12) Anti-rábica
- 13) Influenza
- 14) P10 (Pneumocócica 10)
- 15) Pneumocócica 23 valente
- 16) Meningocócica C
- 17) Vacina contra HPV
- 18) Não realiza vacinação

29. Exames feitos na unidade: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 2) PPD (Teste tuberculínico)
- 3) Teste de gravidez na urina
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para Sífilis
- 6) Teste rápido para hepatites virais
- 7) Teste rápido de proteinúria
- 8) Eletrocardiograma (ECG)
- 9) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão
- 10) Outros. Quais: _____
- 11) Não realiza nenhum exame

30. Exames colhidos na unidade: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exames clínicos laboratoriais (sangue, urina e fezes)
- 2) Teste do pezinho
- 3) Papanicolaou (Citologia Oncótica Tríplice)
- 4) Material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
- 5) Outros. Quais: _____

6) Não são colhidos exames na Unidade

31. Os resultados dos exames são avaliados: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Quando o paciente comparece para atendimento
- 2) No dia agendado para consulta, mesmo que o paciente falte
- 3) Quando os resultados chegam na Unidade
- 4) Quando os resultados chegam, apenas para os exames considerados prioritários pela Unidade (mamografia, exames do pré natal, sorologia para sífilis, HIV, entre outros)
- 5) Não são avaliados

32. Assinale o tempo médio de duração da CONSULTA MÉDICA AGENDADA, em minutos, segundo especialidade médica (quando houver mais de um profissional na mesma especialidade considere a duração mais frequente no atendimento aos usuários) PONTUADA

Preenchimento

PROFISSIONAIS	(tempo em minutos)				Não tem esse profissional
	<10	10 a 20	20 a 30	>30	
1) Médico de família					
2) Clínico					
3) Pediatra					
4) Ginecologista/Obstetra					
5) Outras especialidades					

33. A convocação de faltosos em atividades e consultas agendadas é realizada para: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Revisão pós-parto/puerpério
- 5) Recém-nascidos
- 6) Recém-nascidos de risco
- 7) Crianças em seguimento acima de dois anos
- 8) Crianças até dois anos
- 9) Crianças de risco (desnutrição e outros)
- 3) Resultado(s) de exame(s) alterado(s)
- 4) Adultos crônicos (HA e DM) com risco de complicações
- 10) Vacinação
- 11) Tuberculose, hanseníase e HIV/Aids
- 12) Sífilis
- 13) Outras condições de risco ou vulnerabilidade. Quais: _____

14) Não se faz convocação de faltosos

34. Em relação à frequência de ACESSO AOS MEDICAMENTOS previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para APS, pode-se afirmar que: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

Grupo de Medicamentos	Frequência do Acesso			
	Regular	Falta Eventual	Falta frequente	Não dispensa esse grupo de medicamentos
1) Para DST				
2) Para diabetes				
3) Para hipertensão arterial				
4) Para dislipidemias				
5) Antibióticos mais utilizados				
6) Suporte nutricional para crianças, gestantes e idosos				
7) Não dispensa medicamentos				

35. Métodos contraceptivos disponíveis na unidade com regularidade nos últimos 6 meses: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pílula (anticoncepcional oral)
- 2) Anticoncepcional injetável
- 3) Camisinha (preservativo masculino)
- 4) Preservativo feminino
- 5) DIU
- 6) Diafragma
- 7) Pílula do dia seguinte
- 8) Encaminhamento para laqueadura
- 9) Encaminhamento para vasectomia
- 10) Outros. Quais: _____
- 11) Nenhum
- 12) Não atendemos adultos

36. Na rotina, o critério utilizado para dispensação de PRESERVATIVOS MASCULINOS é: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação dos usuários
- 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para todos
- 3) Cotas diferenciadas para a população mais vulnerável
- 4) Não distribuímos preservativos nesta Unidade

37. O público alvo das ações programadas de PREVENÇÃO DE DST/Aids, realizadas pela unidade, consiste em: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Escolares de nível fundamental
- 3) Jovens e adolescentes
- 4) Pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas
- 5) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo e outros
- 6) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 7) Não realizamos essas ações de forma planejada

38. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em SERVIÇOS DE REFERÊNCIA para as seguintes especialidades é: **DESCRITIVA**

Preenchimento

ESPECIALIDADES	Tempo de espera					
	<1 mês	Até 2 meses	Até 4 meses	Até 6 meses	1 ano ou mais	Não Sabe
1) Oftalmologia						
2) Otorrinolaringologia						
3) Ortopedia						
4) Gastroenterologia						
5) Cardiologia						
6) Neurologia						
7) Psiquiatria						
8) Geriatria						
9) Fisioterapia						
10) Psicologia						

III. 3. Recepção e acolhimento

39. O fluxo de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS (pacientes “extras” ou demanda espontânea) regularmente é definido a partir do seguinte processo: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na própria recepção, que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento
- 2) Por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda
- 3) Por profissional médico ou de enfermagem, segundo o protocolo de estratificação de risco
- 4) Por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade
- 5) Por reunião de profissionais com usuários para direcionar o fluxo em conjunto
- 6) Outras. Quais: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

40. As opções de atendimento para os PACIENTES NÃO AGENDADOS ("extras" ou "demanda espontânea") são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Consulta médica ou de enfermagem no mesmo dia
- 2) Atendimento com auxiliar/técnico de enfermagem no mesmo dia, com supervisão de médico e/ou enfermeiro
- 3) Agendamento de consulta médica e/ou consulta de enfermagem
- 4) Agendamento com outros profissionais da própria Unidade
- 5) Agendamento para atendimento em grupo
- 6) Encaminhamento para o pronto-socorro
- 7) Encaminhamento para especialidades em outro serviço
- 8) Encaminhamento para serviços de outras áreas (segurança, educação, esportes, ONG, entre outros)
- 9) Não atende pacientes não agendados

41. A proporção aproximada entre o número de consultas médicas AGENDADAS e o número de consultas médicas de PRONTO ATENDIMENTO (para pacientes não agendados ou extras) nos últimos três meses foi: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

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

42. As CONSULTAS MÉDICAS são agendadas: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

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

III. 4. Saúde da Mulher

43. As ações regularmente desenvolvidas voltadas à SAÚDE DA MULHER são: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pré-natal
- 2) Coleta de citologia oncológica (Papanicolaou)
- 5) Planejamento reprodutivo
- 3) Prevenção e diagnóstico de DST, HIV e Hepatites Virais
- 4) Diagnóstico e Tratamento de DST
- 6) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 7) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 8) Detecção precoce de câncer de mama
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher

44. O exame de papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é rotineiramente oferecido: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Por solicitação das mulheres, por livre demanda
- 2) Uma vez ao ano para todas as mulheres atendidas na unidade
- 3) Uma vez ao ano para todas as mulheres entre 25-64 anos atendidas
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-64 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou entre 35 a 49 anos
- 6) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou para mulheres em todas as idades
- 7) Outro. Qual (is): _____
- 8) Serviço não realiza esse exame

45. A coleta do Papanicolaou é rotineiramente oferecida pelo serviço: PONTUADA
Assinale apenas uma alternativa

- 1) Uma ou duas vezes por semana
- 2) Três ou mais vezes por semana
- 3) Uma a duas vezes por mês
- 4) Principalmente por mutirões

- 5) Depende da disponibilidade dos profissionais
- 6) Não realiza esse exame

46. Os resultados do exame de Papanicolaou são: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

1) Avaliados quando a paciente comparece à consulta

- 2) Avaliados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 3) Avaliados quando chegam à Unidade e todas as pacientes são convocadas
- 4) Outras. Quais: _____
- 5) Não realiza esse exame

47. O EXAME CLÍNICO DE MAMA (ECM) para a detecção precoce do câncer é oferecido de acordo com os seguintes critérios: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Uma vez ao ano, para todas mulheres a partir dos 40 anos
- 2) Quando há queixas da paciente em relação à mama
- 3) Nas consultas ginecológicas de rotina
- 4) Quando realiza a coleta do exame de Papanicolaou
- 5) Durante campanhas de prevenção de colo de útero ou mutirões
- 6) Somente quando a paciente solicita o exame
- 7) Não é realizado na Unidade

48. A solicitação de MAMOGRAFIA é feita: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 5) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 2) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais com exame clínico de mama alterado
- 3) Para todas as pacientes com 40 anos ou mais sem alteração de exame ou fatores de risco
- 4) A cada 2 anos para mulheres com idade entre 50 e 74 anos, sem fatores de risco ou alteração do exame físico
- 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 6) Anualmente, a partir de 35 anos, com antecedentes de câncer de mama em familiares de primeiro grau antes dos 50 anos ou outros fatores de risco predisponentes
- 7) Esse exame não é solicitado

49. Quando o resultado do TESTE DE GRAVIDEZ é comunicado para a paciente: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo)
- 2) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e faz o agendamento do pré natal, se for o caso
- 3) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contracepção, a depender do caso

- 4) A equipe pergunta se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 5) Os resultados são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame
- 6) Esse teste não é realizado na Unidade

50. Após o diagnóstico de gravidez, as PRIMEIRAS AÇÕES DE PRÉ NATAL são preferencialmente realizadas: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Imediatamente, por profissional médico ou de enfermagem
- 2) Por meio de agendamento para consulta médica ou de enfermagem
- 3) Essa Unidade não realiza Pré Natal

51. A proporção média de gestantes com início do pré natal no 1º TRIMESTRE é: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) menos de 60%
- 5) A unidade não dispõe destas informações
- 6) Não realiza o pré-natal

52. Qual é a média de consultas de PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO por gestante no último ano? **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Até 5 consultas
 - 2) Entre 6 e 7 consultas
 - 3) 8 consultas ou mais
 - 4) A Unidade não dispõe dessas informações
 - 5) Não realiza o pré natal
-

53. Os EXAMES SOLICITADOS de rotina para todas as gestantes durante o Pré Natal de baixo risco são:
PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

EXAMES	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
1) Hemograma completo			
2) Eritrograma (Hb e Ht)			
3) Urina I			
4) Urocultura			
5) Teste rápido de proteinúria			
6) Tipagem sanguínea			
7) Coombs indireto caso Rh negativo			
8) Teste rápido ou sorologia para sífilis			
9) Teste rápido ou sorologia para HIV			
10) Sorologia para Rubéola			
11) Sorologia para toxoplasmose			
12) Sorologia para hepatite B			
13) Glicemia de jejum			
14) Teste de intolerância à glicose			
15) Ultra-Som obstétrico			
16) Papanicolaou (colpocitologia oncológica)			
17) Bacterioscopia da secreção vaginal			
18) Outros. Quais _____			
19) Não são solicitados exames DE PRÉ NATAL nesta Unidade			
20) Não realiza o pré natal			

54. As ações regularmente desenvolvidas no atendimento de PRÉ NATAL abordam os seguintes aspectos: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 3) Identificação das gestantes de alto risco
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Orientações sobre o parto normal e humanizado
- 6) Orientações e incentivo ao aleitamento materno e apoio para as mulheres que não poderão amamentar
- 7) Avaliação das condições de trabalho
- 8) Prevenção de transmissão vertical de DST (Sífilis e HIV)
- 9) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 10) Realização de grupos educativos para gestantes
- 11) Pré-natal do parceiro(a)
- 12) Registro em prontuário, Cartão da Gestante e Ficha Perinatal

13) Outros. Quais: _____

14) Não realiza o pré natal

55. As atividades realizadas de rotina no atendimento de PRÉ NATAL em áreas endêmica de MALÁRIA são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação das gestantes sobre os sintomas para busca precoce do diagnóstico de Malária
- 2) Realização do exame da gota espessa em toda consulta pré-natal e no momento do parto
- 3) Encaminhamento da lâmina para exame da gota espessa e realização do teste rápido
- 4) Dispensação de tratamento e acompanhamento da adesão
- 5) Registro de todos os exames no Sivep-Malária e preenchimento da ficha de Notificação Compulsória
- 6) O serviço não está localizado em área endêmica de Malária

56. As estratégias de educação em saúde DIRECIONADAS ÀS GESTANTES são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes na sala de espera
- 2) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 3) Discussões na sala de espera
- 3) Grupos periódicos para gestantes
- 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 5) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 6) Não realizamos atividades educativas com gestantes

57. No caso de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO, a gestante é: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Encaminhada para fazer Pré Natal em serviço de referência retornando à unidade após o parto
- 2) Encaminhada para serviço de referência e mantém acompanhamento na unidade
- 3) Acompanhada na unidade por falta de serviços de referência
- 4) Acompanhada na unidade que é responsável pelos seguimentos de baixo e alto risco
- 5) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

58. Nos casos de GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS, o tratamento com penicilina benzatina é realizado: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na Unidade, tanto para a gestante como para seu parceiro
- 2) Na Unidade somente para gestante
- 3) Na Unidade, para a gestante e, no serviço de referência para o parceiro
- 4) A gestante e seu parceiro são encaminhados para tratamento em um serviço de referência, porque a Unidade não realiza esse tipo de tratamento
- 5) Não realizamos esse tipo de tratamento na Unidade

6) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

59. Nos casos de GESTANTE COM HIV POSITIVO, o Pré Natal é realizado: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Somente na unidade
- 2) Somente em serviço de referência
- 3) Em serviço de referência mas mantém-se simultaneamente acompanhamento na Unidade
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

60. O atendimento no PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) é realizado: PONTUADA

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na maternidade que realizou o parto ou em maternidade de referência
- 2) Na maternidade que realizou o parto e na unidade de saúde com agendamento prévio
- 3) Na unidade de saúde, que já deixa pré-agendada ao final do pré natal
- 4) Na unidade de saúde, com agendamento feito na alta hospitalar e/ou por visita domiciliar
- 5) Na unidade, quando a usuária procurar
- 6) Realizado durante visitas domiciliares programadas
- 7) Não é realizada de rotina

61. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de PUERPÉRIO IMEDIATO (até 10 dias após o parto) na Unidade abordam os seguintes aspectos: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação, histórico e intercorrências pós parto
- 2) Aleitamento materno
- 3) Suplementação de Ferro
- 4) Condições psicoemocionais (preocupações, desânimo)
- 5) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho)
- 6) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 7) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, exames, outros)
- 8) Orientações sobre alimentação
- 9) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 10) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 11) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 12) Outras. Quais: _____
- 13) A unidade não realiza de rotina consulta de puerpério imediato

62. As ações regularmente desenvolvidas nas consultas de PUERPÉRIO TARDIO (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade
- 2) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 3) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (experiência do 1º mês, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Orientações sobre planejamento reprodutivo e contracepção durante o aleitamento
- 6) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) A unidade não realiza, de rotina, consulta de puerpério tardio

63. Entre as gestantes que realizaram pré-natal nessa unidade, nos últimos três anos, houve algum caso de SÍFILIS CONGÊNITA? **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sabe informar por não possuir os dados
- 4) Não se aplica porque este serviço não atende pré-natal

64. As estratégias utilizadas pela unidade para deteção da VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Livre declaração da mulher
- 4) Discussão de caso em equipe
- 5) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 6) Não sabe informar
- 7) Não temos esse tipo de demanda
- 8) Não atende essa demanda específica

65. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA MULHER são realizados os seguintes procedimentos: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação compulsória à vigilância epidemiológica
- 4) Acompanhamento multiprofissional da unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denúncia ao DISQUE 180
- 9) Outro. Qual (is): _____

- 10) Não sabe informar
- 11) Não temos esse tipo de demanda
- 12) Não atende a essa demanda específica

III. 5. Saúde da Criança e do Adolescente

66. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade na ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS compreendem: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do crescimento
- 2) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 3) Avaliação e orientação alimentar (aleitamento, introdução de alimentos, outros)
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou acesso a leite modificado se necessário (HIV, outros)
- 5) Identificação de distúrbios do desenvolvimento (genéticos, biológicos, socio familiares)
- 6) Diagnóstico e acompanhamento dos agravos mais frequentes (IRA, gastroenterites, outros)
- 7) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 8) Grupo com mães/pais
- 9) Vigilância do trabalho infantil
- 10) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 11) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 12) Orientações para prevenção de acidentes domésticos
- 13) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, outros)
- 14) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 15) Registro em espelho (cópia) da caderneta da criança no prontuário
- 16) Outras Quais: _____
- 17) Não realiza atividades planejadas para crianças

67. O atendimento de rotina da CRIANÇA é realizado de acordo com: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Calendário programado de consultas somente no primeiro ano de vida, além de atendimentos eventuais não agendados
- 2) Calendário programado de consultas até 2 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 3) Calendário programado de consultas de um até 10 anos, além de atendimentos eventuais não agendados
- 4) Somente a partir de demanda do(s) responsável(is)
- 5) Não atende crianças

68. O agendamento de rotina do PRIMEIRO ATENDIMENTO de um recém-nascido (RN) é feito: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Por agente comunitário de saúde em visita domiciliar
- 2) Pela maternidade, na alta, pós parto

- 3) Pela maternidade ou Secretaria de Saúde, para recém-nascido de risco
- 4) Quando a mãe procura pela Unidade (demanda espontânea)
- 5) Na última consulta de pré-natal
- 6) O atendimento é realizado por enfermeiro ou médico durante visita domiciliar, sem agendamento prévio
- 7) Não trabalhamos com agendamento
- 8) Não atende crianças

69. As ações realizadas pela unidade em INSTITUIÇÕES PARA CRIANÇAS (creches, escolas e outras) são relativas à: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Higiene pessoal e bucal
- 4) Avaliação de acuidade visual
- 5) Avaliação de acuidade auditiva
- 6) Dispensação anual de anti-helmíntico (albendazol)
- 7) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Inclusão social e combate ao preconceito
- 11) Trabalho infantil
- 12) Sexualidade e educação sexual
- 13) Prostituição infantil
- 14) Saúde e meio ambiente
- 15) Posse responsável de animais
- 16) Outros. Quais: _____
- 17) Não realiza atividades regulares em creches e escolas

70. As ações regularmente desenvolvidas na COMUNIDADE para SAÚDE DA CRIANÇA ocorrem nos seguintes locais: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Domicílio
 - 2) Creche, escolas, outros
 - 3) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
 - 4) Reuniões em parceria com CRAS (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
 - 5) Outros. Quais: _____
 - 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
 - 7) Não atende crianças
-

71. As ações realizadas na unidade de rotina na ATENÇÃO AO ADOLESCENTE são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Incentivo a prática de atividades física
- 3) Prevenção e acompanhamento de obesidade e/ ou desnutrição
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 6) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/Aids
- 7) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (mudanças de humor, inserção familiar, outros)
- 8) Orientações quanto ao uso de álcool e drogas
- 9) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 10) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 11) Registro do seguimento na caderneta de saúde do adolescente
- 12) Outros. Quais: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

72. Os temas abordados pela unidade nas atividades em INSTITUIÇÕES PARA ADOLESCENTES (escolas, parques, clubes, entre outras) são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Sexualidade e prevenção de DST/Aids
- 2) Gravidez na adolescência
- 3) Prostituição na adolescência
- 4) Uso de álcool, tabaco e outras drogas
- 5) Agressividade e conflito com a lei
- 6) Inclusão social e combate ao preconceito
- 7) Orientação sobre Vacinação (DT, Hepatite B, HPV)
- 8) Alimentação saudável – prevenção da obesidade e/ou desnutrição
- 9) Comportamento e transtornos mentais na adolescência
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Outros. Quais: _____
- 12) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes

73. As atividades para ADOLESCENTES são regularmente realizadas nos seguintes locais: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Escolas
- 4) Centros esportivos, culturais, espaços comunitários e/ou ONG
- 5) Reuniões em parceria com CRAS (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)

- 6) Outros. Quais: _____
- 7) Não desenvolve atividade planejadas para adolescentes
- 8) Não atende adolescentes

74. As estratégias utilizadas pela unidade para detecção de VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração dos responsáveis
- 5) Discussão de caso em equipe
- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende crianças e adolescentes

75. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES são realizados os seguintes procedimentos: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao Conselho Tutelar
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos pais
- 4) Encaminhamento ao CRAS e CREAS
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Acompanhamento multiprofissional na unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

III. 6. Saúde Do Adulto e da Pessoa Idosa

76. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AO ADULTO abordam as seguintes condições: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diabetes e Hipertensão

- 2) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, outros)
- 3) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, outros)
- 4) Tabagismo
- 5) Obesidade
- 6) Prevenção de câncer de próstata
- 7) Prevenção de câncer de colo de útero e de mama
- 8) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, outros)
- 10) Hanseníase
- 11) Tuberculose
- 12) Situações de Violência
- 13) Saúde do trabalhador
- 14) DST, HIV/Aids e Hepatites Virais
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Não desenvolvemos atividades planejadas de atenção aos adultos

77. As ações de rotina para pessoas com CONDIÇÕES CRÔNICAS (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, outros) são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Agendamento de retornos periódicos ao final de cada atendimento
- 2) Controle da pressão arterial e/ou nível glicêmico em horários e dias específicos
- 3) Acolhimento de pacientes com queixas eventuais
- 4) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 5) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 6) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 7) Orientação de atividades físicas
- 8) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, outros)
- 9) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 10) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 11 Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 12) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

78. Para pessoas com CONDIÇÕES CRÔNICAS consideradas “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Encaminha para grupo de adesão na própria unidade
- 2) Encaminha para serviço de referência
- 3) Discute em equipe alternativas de abordagem/ projeto terapêutico
- 4) Discute o caso com supervisão externa
- 5) Realiza busca ativa
- 6) Realiza alta administrativa, após esgotamento das alternativas de tratamento
- 7) A Unidade não realiza atividades para não aderentes
- 8) A Unidade não atende portadores de condições crônicas

79. Para PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, a unidade realiza as seguintes atividades de rotina: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Aferição de 3 medidas em momentos diferentes ou mapa pressórico para diagnóstico
- 4) Orientação de dieta
- 5) Prevenção e tratamento de obesidade
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Introdução de terapêutica não medicamentosa como primeira alternativa, sempre que indicado
- 8) Avaliação de risco cardiovascular para introdução de terapêutica medicamentosa
- 9) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 10) Orientação de atividade física
- 11) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 12) Identificação, orientação e suporte sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) A unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial

80. Exames solicitados de rotina para pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Urina I
- 2) Potássio
- 3) Creatinina sérica
- 4) Glicemia de jejum
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Ácido úrico
- 8) Eletrocardiograma – ECG
- 9) Exame de fundo de olho
- 10) Não atendemos pacientes portadores de hipertensão arterial

81. Para pessoas com DIABETES TIPO II, a unidade realiza as seguintes atividades de rotina: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Prevenção e tratamento de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames

- 7) Avaliação e orientação em saúde bucal
- 8) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 9) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 10) Fornecimento do glicosímetro para insulino dependentes
- 11) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 12) Orientação de atividade física
- 13) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 14) A unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

82. Exames solicitados de rotina para pessoas com DIABETES TIPO II são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Glicemia de jejum
- 2) Urina I
- 3) Microalbuminúria
- 4) Creatinina sérica
- 5) Colesterol total, frações (LDL e HDL)
- 6) Triglicerídeos
- 7) Hemoglobina glicada (HbA1c ou A1c)
- 8) Exame de fundo de olhos
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

83. As ações regularmente programadas voltadas à SAÚDE DO HOMEM nesta unidade abordam as seguintes condições: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
 - 2) DST/ Aids e Hepatites Virais
 - 3) Andropausa
 - 4) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
 - 5) Paternidade e relações familiares
 - 6) métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
 - 7) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
 - 8) Situações de violência
 - 9) Câncer de próstata e outras neoplasias
 - 10) Risco cardiovascular
 - 11) Incontinência urinária masculina
 - 12) Impotência (diabetes, alcoolismo, tabagismo, acidentados, outros)
 - 13) Importância da adesão às ações e tratamentos de saúde
 - 14) Outras. Quais: _____
 - 15) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens
-

84. As ações planejadas e desenvolvidas com regularidade para ATENÇÃO AOS IDOSOS são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação saúde mental (quadros depressivos, demências e outros)
- 2) Avaliação da capacidade funcional (Atividades de Vida Diárias e Atividades Instrumentais)
- 3) Prevenção de quedas
- 4) Incentivo e orientação a prática corporal e atividade física
- 5) Orientação sobre alimentação
- 6) Orientações sobre menopausa e andropausa, sexualidade, e DST/Aids
- 7) Orientações sobre os Direitos da Pessoa Idosa
- 8) Identificação e acompanhamento em casos de incontinência urinária
- 9) Identificação e acompanhamento de situações de violência
- 10) Identificação e acompanhamento sobre o uso abusivo de álcool e drogas
- 11) Investigação do suporte familiar e social
- 12) Atenção domiciliar
- 13) Registro do seguimento na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- 14) Outros. Quais: _____
- 15) Não existem atividades específicas para idosos

85. Na ATENÇÃO AO IDOSO a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos ligados à igreja
- 2) Associações de Bairro
- 3) Centro de Convivência do Idoso
- 4) Centro Dia de Atenção ao Idoso
- 5) Serviço especializado de Atenção ao Idoso
- 6) CRAS
- 7) CREAS
- 8) Organização Não Governamental (ONG)
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Os grupos e/ou serviços existentes não atuam de modo integrado com a AB
- 11) Não existe recurso de apoio ao idoso fora da unidade

86. As estratégias utilizadas pela unidade para detecção de situações de VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Protocolo de atendimento
- 2) Identificação de sintomas/queixas físicas, psicológicas
- 3) Escuta de relatos de outros usuários e verificação do caso
- 4) Livre declaração do idoso
- 5) Discussão de caso em equipe

- 6) Sensibilização e capacitação da equipe para identificação de casos
- 7) Visita domiciliar
- 8) Escuta individual e sigilosa
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda específica
- 11) Não atende idosos

87. Em caso de detecção da VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS são realizados os seguintes procedimentos: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 4) Denúncia à autoridade policial
- 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 5) Notificação Compulsória à vigilância epidemiológica
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Discussão com o NASF/equipe de apoio
- 8) Proposta de acompanhamento intersetorial
- 9) Não sabe informar
- 10) Não temos esse tipo de demanda
- 11) Não atende essa demanda específica

88. As ações direcionadas para CUIDADORES (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientações gerais sobre as necessidades cotidianas de cuidado do idoso
- 2) Orientações sobre prevenção e identificação de situações de violência
- 3) Suporte técnico para as atividades dos cuidadores, se necessário
- 4) Avaliação e acompanhamento da saúde dos cuidadores (stress e outras)
- 5) Grupo de apoio aos cuidadores
- 6) Outras. Quais: _____
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

89. As ações realizadas para o CUIDADO DE PESSOAS ACAMADAS no domicílio ou instituições são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção
- 2) Visitas periódicas com equipe de apoio
- 3) Visitas periódicas com médico(a)
- 4) Procedimentos domiciliares (como vacinação, troca de sonda vesical de demora, curativos, outros)
- 6) Assistência odontológica domiciliar

- 5) Orientações de higiene bucal
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso de drogas
- 10) Registro das ações domiciliares em prontuário
- 11) Atenção à família em caso de óbito
- 12) Discussão de casos específicos com rede de saúde (CRAS, Conselho de saúde, CREAS, outros)
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos cuidados no domicílio

90. Na ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL a unidade conta com o apoio municipal ou regional dos seguintes grupos, serviços e instituições: DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (AA, N.A, outros)
- 2) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 3) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 4) CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
- 5) CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- 6) CAPSad III infanto-juvenil- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
- 7) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 8) SRT – Serviço de Residências Terapêuticas
- 9) Comunidades Terapêuticas
- 10) Enfermaria Especializada em Hospital Geral
- 11) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 12) Consultório na Rua
- 13) Unidades de Acolhimento (UA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
- 14) Outros Quais: _____
- 15) Não possui rede de apoio
- 16) Não atendemos esse tipo de demanda

91. As ações realizadas em casos de ALCOOLISMO são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de outras drogas
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 8) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 9) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, AA, outros)

- 10) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo
- 11) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, AA, outros)
- 12) Outros. Quais: _____
- 13) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 14) Não temos usuários com esse tipo de demanda

92. As ações realizadas em casos de uso abusivo de OUTRAS DROGAS são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação do padrão de consumo
- 2) Investigação do uso de álcool
- 3) Orientações e acompanhamento na própria unidade
- 4) Intervenção Breve
- 5) Grupos de apoio ao usuário
- 6) Grupos de apoio aos familiares
- 7) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 8) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 9) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS, NA, outros)
- 10) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 11) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS, CAPSad, NA, outros)
- 12) Outros. Quais: _____
- 13) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 14) Não temos usuários com esse tipo de demanda

93. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em SOFRIMENTO PSÍQUICO OU TRANSTORNOS MENTAIS são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica
- 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 6) Discussão de caso com o NASF ou equipe de apoio multiprofissional
- 7) Discussão com serviços especializados da rede de apoio (CAPS)
- 8) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
- 10) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista)
- 11) Consulta por profissionais da equipe de saúde mental (médico, psicólogo, outros)
- 9) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Outros. Quais: _____
- 14) Não realizamos atendimento dessa população específica

94. O controle do uso contínuo de BENZODIAZEPÍNICOS é realizado por: PONTUADA
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia o conjunto dos casos periodicamente a partir de registro em livro ou informatizado
- 3) Registro em livro com a renovação de receitas periódicas, mesmo sem consulta no dia
- 4) Revisões periódicas em equipe com a finalidade de redução e/ou substituição do medicamento
- 5) Não controlamos o uso continuado de benzodiazepínicos

III. 2. Ações programadas para agravos e condições específicas

95. Na área de abrangência desta unidade, quando ocorrem casos de DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA (por exemplo: tuberculose, sífilis, meningite, dengue, leishmaniose, febre maculosa, entre outros), a unidade realiza: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Busca ativa para os casos com indicação de controle de comunicantes e/ou meio ambiente
- 2) Preenchimento da ficha de notificação compulsória
- 3) Ações de educação e prevenção para os usuários na unidade
- 4) Atividades em conjunto com a equipe de vigilância epidemiológica e/ou sanitária na comunidade
- 5) Ações de educação e prevenção na comunidade
- 6) Capacitação da equipe
- 7) Encaminhamento para outros serviços
- 8) Outros Quais: _____
- 9) Não realiza nenhuma atividade

96. As ações realizadas em CASO SUGESTIVO de doenças sexualmente transmissíveis (DST/Aids) são: PONTUADA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
 - 2) Aconselhamento pré teste
 - 3) Teste rápido ou sorologia para HIV
 - 4) Teste rápido ou sorologia para Hepatites virais
 - 5) Teste rápido ou sorologia para Sífilis
 - 6) Tratamento sintomático das DST
 - 7) Investigação etiológica e tratamento das DST na unidade
 - 8) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
 - 9) Encaminhamento de todos os portadores de DST para serviço de referência
 - 10) Encaminhamento para serviço de referência dos casos de Aids e Hepatites Virais
 - 11) Outros. Quais: _____
 - 12) A Unidade não atende DST/Aids
-

97. Em caso de resultado POSITIVO de sorologia para HIV, Hepatites B e C ou Sífilis, a unidade realiza: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário, até o comparecimento do paciente para consulta
- 2) Notificação, convocação do paciente e encaminhamento para serviço de referência, quando indicado
- 3) Notificação, convocação do paciente, orientações sobre diagnóstico, tratamento e cuidados com os parceiros; acompanhamento na unidade e encaminhamento para serviços de referência para seguimento simultâneo, quando indicado
- 4) Encaminhamento para serviços de referência
- 5) Arquivamento no prontuário e comunicação do paciente quando solicitado
- 6) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

98. Em caso de resultado NEGATIVO para as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C a Unidade: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquivo os resultados no prontuário do paciente, deixando-os a disposição, caso ele tenha interesse em saber
- 2) Realiza aconselhamento pós-teste com explicação do resultado, orientação sobre prevenção e sensibilização para o uso do preservativo (em atendimento individual ou em grupo)
- 3) Informa o resultado negativo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email)
- 4) Não realiza sorologias para HIV, sífilis ou hepatites

99. Com relação à atenção aos casos de TUBERCULOSE a unidade realiza: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pesquisa de BAAR no escarro para sintomáticos respiratórios
 - 2) Coleta de material para pesquisa de tuberculose (BAAR no escarro, urina)
 - 3) Ações educativas
 - 4) Pesquisa de HIV
 - 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
 - 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
 - 7) Estoque de medicamentos específicos para os inscritos no programa de tuberculose
 - 8) Tratamento supervisionado na unidade
 - 9) Tratamento supervisionado no domicílio
 - 10) Livro de Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose
 - 11) Notificação compulsória
 - 12) Capacitação da equipe
 - 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
 - 14) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose
-

100. Com relação à atenção aos casos de HANSENÍASE a unidade realiza: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico de casos novos
- 2) Acompanhamento de casos
- 3) Encaminhamento de todos os casos para serviços de referência
- 4) Ações educativas na família e na comunidade
- 5) Busca ativa de contatos intradomiciliares
- 6) Busca ativa de faltosos em tratamento
- 7) Dispensação de medicamentos para Hanseníase
- 8) Tratamento supervisionado na unidade
- 9) Tratamento supervisionado no domicílio
- 10) Controle do número de casos de Hanseníase em acompanhamento
- 11) Notificação epidemiológica
- 12) Capacitação da equipe
- 13) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 14) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase

101. Na atenção a PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS – PCD (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais) são desenvolvidas as seguintes ações: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção
- 2) Orientação para os cuidadores
- 3) Visitas domiciliares periódicas com apoio de equipe multiprofissional
- 4) Visitas domiciliares periódicas com médico(a) e/ou enfermeiro (a)
- 5) Articulação com rede de saúde e instituições (escola, escolas especiais, entre outras)
- 6) Orientações quanto aos direitos sociais
- 7) Vigilância e atenção ao uso de álcool e outras drogas
- 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violência
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade
- 11) Capacitação da equipe
- 12) Detecção, suporte e acompanhamento para as situações de violência
- 13) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais

102. As ações realizadas pela unidade para atenção à SAÚDE DO TRABALHADOR são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Assistência ao trabalhador
- 2) Investigação e acompanhamento da atividade laboral (principal ocupação, carga horária) nas consultas
- 3) Solicitar à empresa a emissão de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)
- 4) Médico preenche o item 2 da CAT, referente a diagnóstico, laudo e atendimento
- 5) Notificação epidemiológica de agravos relacionados ao trabalho

- 6) Encaminhamento para serviços de referência
- 7) Educação e promoção em Saúde do Trabalhador
- 8) Orientações para prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho
- 9) Orientações quanto aos direitos sociais
- 10) Vigilância de trabalho infantil (menores de 16 anos) como situação de alerta - evento sentinela
- 11) Não realizamos atenção voltada especificamente à saúde do trabalhador

103. No caso de ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO com profissionais dessa unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfurocortante - as condutas tomadas são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Medidas de higiene e limpeza do local acometido
- 2) Aconselhamento pré-teste para coleta de exames sorológicos
- 3) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 4) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 6) Teste rápido para HIV e Hepatites virais do paciente fonte
- 7) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 8) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 9) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (SINAN)
- 10) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia e outras)
- 11) Encaminhamento para serviço de referência
- 12) Nenhuma das condutas anteriores

III. 8. Saúde Bucal

104. O público alvo do atendimento ODONTOLÓGICO é: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês (0 a 24 meses)
- 3) Crianças até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Adolescente
- 6) Portadores de Diabetes Mellitus
- 7) Idosos (> 60 anos)
- 8) Pronto atendimento para queixas agudas
- 9) Pacientes acamados
- 10) Os pacientes são atendidos conforme demanda
- 11) Outros. Quais: _____
- 12) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

105. As ações de rotina desenvolvidas pela equipe de SAÚDE BUCAL são: **PONTUADA**
Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Educação em saúde bucal para usuários da Unidade
- 2) Educação em saúde bucal em instituições para crianças e adolescentes (escolas, creches, outros)
- 3) Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- 4) Elaboração de Plano Preventivo-terapêutico na primeira consulta programática
- 5) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 6) Identificação de necessidade de prótese dentária e encaminhamento para referência
- 7) Orientações sobre higienização de próteses
- 8) Orientações sobre benefícios do aleitamento materno e uso adequado de bicos de chupetas e mamadeiras
- 9) Ações de prevenção e detecção do câncer de boca
- 10) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 11) Outros. Quais: _____
- 12) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

106. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de SAÚDE BUCAL da unidade são: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Aplicação tópica de flúor
 - 2) Restauração de amálgama
 - 3) Restauração com resina composta
 - 4) Extração de dente
 - 5) Drenagem de abscesso
 - 6) Sutura
 - 7) Frenectomia
 - 8) Remoção de cistos
 - 9) Acesso à polpa dentária
 - 10) Tratamento endodôntico (tratamento de canal)
 - 11) Coleta de material para biópsia
 - 12) Pulpotomia
 - 13) Raspagem, alisamento e polimento supragengivais
 - 14) Tratamento de alveolite
 - 15) Ulotomia/Ulectomia
 - 16) Cimentação de prótese
 - 17) Outro. Qual (is): _____
 - 18) A unidade não possui equipe de saúde bucal
-

108. Entre as ações de rotina realizadas pelo AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE pode-se destacar: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atividades de educação em saúde
- 2) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 3) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 4) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 5) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 6) Identificação e orientação de usuários acamados
- 7) Identificação de situações de violência
- 8) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal
- 9) Captação de crianças menores de um ano
- 10) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 11) Busca ativa para vacinação
- 12) Busca ativa de hipertensos e diabéticos
- 13) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 14) Participação em reuniões de equipe
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A GERÊNCIA LOCAL da unidade é exercida por: **DESCRITIVA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Enfermeiro
- 2) Médico
- 3) Dentista
- 4) Assistente Social
- 5) Outro profissional. Qual: _____
- 6) É exercida diretamente pelo Secretário de Saúde do município
- 7) Essa Unidade não tem gerente

110. A carga horária do GERENTE da unidade é de: **DESCRITIVA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 40 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerencia
- 2) 40 horas semanais divididas entre assistência e gerencia
- 3) 30 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerencia

- 4) 30 horas semanais divididas entre assistência e gerencia
- 5) 20 horas semanais dedicadas exclusivamente a gerencia
- 6) 20 horas semanais divididas entre assistência e gerencia
- 7) Outra Qual: _____
- 8) Essa Unidade não tem gerente

111. O relacionamento predominante da unidade com o NÍVEL CENTRAL (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas
- 2) Reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada
- 3) Visita eventual de supervisão
- 4) Comunicações escritas ou por internet
- 5) Não existem mecanismos formais de articulação entre as Unidades locais e o nível central

112. As REUNIÕES DE EQUIPE da unidade ocorreram, no último ano, com periodicidade: **PONTUADA**

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Semanal
- 2) Quinzenal
- 3) Mensal
- 4) Bimestral ou intervalos maiores
- 5) Não há periodicidade, ocorrem apenas discussões de caso
- 6) Não ocorreram reuniões

113. Os principais ASSUNTOS OU PAUTAS DAS REUNIÕES de equipe, no último ano, foram: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Informes
 - 2) Rotinas Administrativas
 - 3) Escala de pessoal
 - 4) Avaliação e Planejamento das atividades
 - 5) Organização do trabalho: avaliação, discussão e implantação das ações
 - 6) Atualizações técnicas
 - 7) Conflitos interpessoais
 - 8) Discussão de casos
 - 9) Elaboração de propostas terapêuticas singulares (para casos específicos)
 - 10) Elaboração de fluxos e protocolos adaptados à realidade local
 - 11) Outros. Quais: _____
 - 12) Não ocorreram reuniões
-

114. Os PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Médicos
- 2) Enfermeiros
- 3) Dentistas
- 4) Auxiliares/ Técnico de Enfermagem
- 5) Auxiliares/Técnico de Higiene Dental
- 6) Agentes Comunitários
- 7) Pessoal Administrativo
- 8) Outros profissionais Quais: _____
- 9) Nenhuma Categoria

115. As ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO dos profissionais da equipe são realizadas por meio de: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Educação permanente
- 2) Cursos/treinamentos presenciais
- 3) Cursos online/EAD
- 4) Especialização
- 5) Congressos
- 6) Outros Quais: _____
- 7) Não são realizados

116. Os principais temas abordados nas ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

DESCRITIVA

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acolhimento e Atenção à Demanda Espontânea
 - 2) Saúde da Mulher
 - 3) Saúde da Criança
 - 4) Saúde do Homem
 - 5) Saúde do Idoso
 - 6) Saúde Mental
 - 7) DST e Aids
 - 8) Violência (Doméstica, sexual, outras)
 - 9) Uso abusivo de álcool e outras drogas
 - 10) Outros Quais: _____
 - 11) Não realizou atividades
-

117. As principais estratégias utilizadas para a PARTICIPAÇÃO POPULAR na gestão da unidade, no último ano foram: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Ouvidoria como canal de resposta da unidade para a comunidade
- 2) Promoção de reuniões sobre temas priorizados pela equipe e pela comunidade
- 3) Ampla divulgação do papel do **Conselho Local de Saúde** (mural, jornal, facebook e outros)
- 4) Reuniões periódicas do Conselho Local de Saúde
- 5) Cursos de formação sobre o SUS, direitos e responsabilidades dos conselheiros e/ou usuários
- 6) Incentivo à participação nas reuniões do **Conselho Municipal de Saúde**
- 7) Realização de pré Conferências à **Conferência Municipal de Saúde**
- 8) Outros. Quais: _____
- 9) Não tem estratégias de incentivo a participação popular

118. As RECLAMAÇÕES DE USUÁRIOS podem ser encaminhadas por meio de: **PONTUADA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) Site da internet
- 4) Sistema de Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde
- 5) Diretamente à direção local da Unidade
- 6) Diretamente ao conselho de saúde da Unidade (conselho de gestão local)
- 7) Diretamente com o nível central
- 8) Conselho Municipal de Saúde
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

119. Os principais desafios a SUPERAR PARA A MELHORIA DA QUALIDADE da atenção à saúde nessa unidade são: **DESCRITIVA**

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Irregularidade no suprimento de medicamentos
- 3) Informatização do registro de dados
- 4) Excesso de demanda
- 5) Não cumprimento do horário médico
- 6) Conflitos com os usuários
- 7) Necessidade de capacitação da equipe
- 8) Necessidade de ampliar o compromisso de alguns membros da equipe.
- 9) Fortalecimento do trabalho em equipe
- 10) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 11) Falta de referência e contra referência dos serviços especializados
- 12) Falta de recursos humanos
- 13) Remuneração inadequada dos profissionais

- 14) Ampliação da participação da comunidade
 - 15) Implementação de uma política de pessoal por parte da Gestão Municipal
 - 16) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário
 - 17) Outros Quais: _____
 - 18) Não existem obstáculos importantes
-

120. Este questionário foi respondido pelo(s) seguinte(s) profissional (is): **DESCRITIVA**
Assinale uma ou mais alternativas

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

9.5. ANEXO 05 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR < 80%

N	INDICADORES	RELEVÂNCIA DOS INDICADORES (Escore N=14)					ACEITAÇÃO	APLICABILIDADE NACIONAL
		1	2	3	4	5	(nº Aceites/14) %	SIM
4	Definição da área de abrangência	1	1	1	3	7	92,8%	85,7%
19	Planejamento a partir de dados epidemiológicos	1		2	3	6	92,8%	78,5%
24	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade*		1	3	5	5	100%	92,8%
25	Estratégias de educação em saúde na comunidade		1	3	1	8	92,8%	92,8%
28	Atividades na sala de espera	1	1	3	5	3	85,7%	85,7%
29	Estratégias de educação em saúde para gestantes		2	1	2	8	92,8%	92,8%
32	Público alvo das ações de prevenção de DST/aids	1	2		5	5	78,5%	85,7%
33	Diversidade de procedimentos de rotina realizados na unidade		2	2	1	8	85,7%	92,8%
35	Exames realizados na unidade*	1	1	2	4	6	85,7%	71,4%
36	Exames colhidos na unidade		3	1	3	6	92,8%	85,7%
38	Duração da consulta médica		2	3	2	5	78,5%	71,4%
42	Critérios para dispensação de preservativos		1	3	4	5	78,5%	78,5%
47	Estratégias de agendamento da consulta médica	1	1	2	1	7	78,5%	85,7%
55	Ações a partir do resultado de teste de gravidez	1	1	1	1	9	92,8%	85,7%
60	Atenção programática ao pré-natal de baixo risco	1		3	1	8	92,8%	92,8%
64	Serviço de referência para atendimento do puerpério imediato	1	1	1	3	7	78,5%	78,5%
65	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério imediato	1	1		3	7	85,7%	71,4%
70	Diversidade de ações na atenção à criança	1	1		2	8	85,7%	92,8%
71	Locais de atenção à saúde da criança	2	2	2	2	5	78,5%	78,5%
73	Seguimento de rotina da saúde da criança*	1		1	2	8	92,8%	92,8%
74	Diversidade de ações na atenção ao adolescente	1	1		1	9	85,7%	85,7%
75	Locais de atenção à saúde do adolescente	2	1	1	2	6	78,5%	78,5%
78	Diversidade de ações na atenção aos adultos	1		1	3	7	78,5%	85,7%
79	Ações de rotina em casos de condições crônicas	1	1	1	1	8	85,7%	85,7%
80	Seguimento de rotina de portadores de Hipertensão Arterial*	1	1	1	1	9	92,8%	92,8%
86	Diversidade de ações na atenção aos idosos		2		1	9	85,7%	85,7%
93	Ações em casos de uso abusivo de álcool		1	1	2	8	92,8%	85,7%
95	Atenção aos portadores de sofrimento psíquico ou transtorno mental	1		1	2	8	85,7%	85,7%
96	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos	1		1	3	6	78,5%	78,5%
97	Diversidade de ações programadas para a saúde do homem		1	1	4	6	85,7%	85,7%

101	Ações em caso negativo para HIV, hepatites ou sífilis		1	2	3	6	85,7%	85,7%
105	Atenção programática à saúde do trabalhador	1	2		2	7	78,5%	78,5%
106	Condutas em casos de acidentes com material biológico*	1	1	2	2	7	85,7%	85,7%
107	Público alvo da assistência odontológica	1	1	2	1	8	85,7%	85,7%
108	Diversidade de ações em saúde bucal*		1	2	2	8	92,8%	85,7%
109	Diversidade de procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal		1	1	2	8	85,7%	85,7%
110	Atividades de rotina do(s) dentista(s)	1	1	1	2	5	71,4%	64,2%
111	Atividades de rotina do(s) técnico(s)/auxiliar(es) de saúde bucal	2	1	2	2	5	64,2%	64,2%
112	Atividades de rotina do(s) enfermeiro(s)	2	1		2	7	64,2%	71,4%
113	Atividades de rotina dos auxiliares e técnicos de enfermagem	2	2		3	6	64,2%	71,4%
115	Atividades de rotina do(s) médico(s)	2	1	1	2	7	71,4%	71,4%
117	Carga horária do gerente		1	3	7	3	85,7%	78,5%
120	Temas abordados nas reuniões de equipe		3	2	4	4	71,4%	78,5%
121	Diversidade de Profissionais capacitados no último ano	1	3	2	4	3	57,1%	71,4%
122	Diversidade de temas de formação continuada		1	4	2	5	78,5%	78,5%
123	Temas abordados nas reuniões do Conselho Local de Saúde		2	2	2	5	71,4%	71,4%

* Indicador com alteração de enunciado após primeira rodada

9.6. ANEXO 06 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR > 80% COM SUGESTÕES DE ALTERAÇÃO, SUBMETIDOS À SEGUNDA RODADA

		RELEVÂNCIA DOS INDICADORES (Escore N=14)					ACEITAÇÃO	APLICABILIDADE NACIONAL
N	INDICADORES	1	2	3	4	5	(nº Aceites/14) %	SIM
13	Apoio matricial			2	5	7	100%	78.5%
17	Registro sistemático de dados	1	1		3	8	85,7%	78.5%
18	Planejamento a partir de dados da produção assistencial		1	1	8	4	85,7%	92,8%
20	Levantamento de dados sobre a demanda e a comunidade		1	1	2	9	92,8%	85,7%
22	Programação de atividades a partir de avaliações do serviço	1			4	8	85,7%	92,8%
23	Mudanças induzidas por avaliações do serviço		2			12	100,0%	92,8%
27	Estratégias de educação em saúde na unidade		1	2	2	9	100%	92,8%
37	Avaliação dos resultados de exames	1			4	8	92,8%	92,8%
40	Disponibilidade de medicamentos da RENAME	1		1	1	11	100%	85,7%
43	Tempo de espera para acesso a especialidades		1			12	100%	85,7%
48	Tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica	1		1		12	100%	92,8%
52	Rotina de avaliação, registro e arquivamento dos resultados de papanicolaou	1		1	3	8	92,8%	92,8%
62	Estratégias de tratamento de gestantes com sífilis	1			1	11	92,8%	92,8%
66	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério tardio	1	1		4	7	92,8%	78.5%
76	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes	2				11	92,8%	85,7%
77	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência	1	1			11	85,7%	85,7%
83	Exames de rotina em casos de diabetes	2		1	1	10	92,8%	92,8%
91	Ações para o cuidado de pessoas acamadas	2			2	9	85,7%	85,7%
94	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas		1	1	2	9	100%	85,7%
104	Atenção programática a pessoas com deficiência	1	1		5	6	85,7%	78.5%
114	Atividades de rotina dos agentes comunitários de saúde.	2	1		3	8	85,7%	85,7%

9.7. ANEXO 07 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA SEGUNDA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR < 80% (NA PRIMEIRA RODADA)

		RELEVÂNCIA DO INDICADOR					Apreciação do Indicador	Aplicabilidade nacional
N	INDICADORES	1	2	3	4	5	ACEITA	SIM
4	Definição da área de abrangência				4	8	100%	84,6%
19	Planejamento a partir de dados epidemiológicos		1	1	4	6	92,3%	76,9%
24	Diversidade de temas de educação em saúde abordados na comunidade			1	6	4	92,3%	84,6%
25	Estratégias de educação em saúde na comunidade			3	4	4	92,3%	84,6%
28	Atividades na sala de espera	1		2	8		69,2%	61,5%
29	Estratégias de educação em saúde para gestantes			1	4	6	100%	84,6%
32	Público alvo das ações de prevenção de DST/aids			2	5	6	84,6%	84,6%
33	Diversidade de procedimentos de rotina realizados na unidade		1	2	3	7	76,9%	69,2%
35	Exames realizados na unidade				5	6	100%	76,9%
36	Exames colhidos na unidade		1	2	4	5	76,9%	84,6%
38	Duração da consulta médica		1	2	5	5	92,3%	84,6%
42	Critérios para dispensação de preservativos		1	4	6	2	84,6%	69,2%
47	Estratégias de agendamento da consulta médica		1		5	5	84,6%	76,9%
55	Ações a partir do resultado de teste de gravidez				3	6	92,3%	69,2%
60	Atenção programática ao pré-natal de baixo risco				3	6	69,2%	61,5%
64	Serviço de referência para atendimento do puerpério imediato			1	4	6	92,3%	69,2%
65	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério imediato				5	5	84,6%	76,9%
70	Diversidade de ações na atenção à criança				3	8	84,6%	84,6%
71	Locais de atenção à saúde da criança			2	4	4	76,9%	76,9%
73	Seguimento de rotina da saúde da criança			1	3	7	76,9%	76,9%
74	Diversidade de ações na atenção ao adolescente			1	2	8	84,6%	76,9%
75	Locais de atenção à saúde do adolescente			2	4	7	76,9%	76,9%
78	Diversidade de ações na atenção aos adultos	1		1	3	7	84,6%	76,9%
79	Ações de rotina em casos de condições crônicas			1	1	9	100%	84,6%
80	Seguimento de rotina de portadores de Hipertensão Arterial			1	2	8	92,3%	76,9%
86	Diversidade de ações na atenção aos idosos			1	4	8	100%	76,9%
93	Ações em casos de uso abusivo de álcool		2		3	7	92,3%	84,6%
95	Atenção aos portadores de sofrimento psíquico ou transtorno mental		1	1	1	9	100%	84,6%
96	Controle do uso crônico de benzodiazepínicos		1		7	4	84,6%	84,6%
97	Diversidade de ações programadas para a saúde do homem			2	5	4	92,3%	84,6%
101	Ações em caso negativo para HIV, hepatites			1	3	8	92,3%	84,6%

	ou sífilis							
105	Atenção programática à saúde do trabalhador		1	1	6	4	76,9%	76,9%
106	Condutas em casos de acidentes com material biológico			2	3	6	76,9%	76,9%
107	Público alvo da assistência odontológica		1	2	3	6	84,6%	10
108	Diversidade de ações em saúde bucal				4	6	84,6%	84,6%
109	Diversidade de procedimentos realizados pela equipe de saúde bucal		1		5	6	92,3%	76,9%
110	Atividades de rotina do(s) dentista(s)	2	1	3	4	2	53,8%	61,5%
111	Atividades de rotina do(s) técnico(s)/auxiliar(es) de saúde bucal	2	1	3	3	2	46,1%	53,8%
112	Atividades de rotina do(s) enfermeiro(s)	2		1	5	3	61,5%	69,2%
113	Atividades de rotina dos auxiliares e técnicos de enfermagem	2	1	1	5	2	46,1%	61,5%
115	Atividades de rotina do(s) médico(s)	1	2	1	4	2	53,8%	61,5%
117	Carga horária do gerente		2	3	5	2	76,9%	69,2%
120	Temas abordados nas reuniões de equipe		3	1	4	3	69,2%	76,9%
121	Diversidade de Profissionais capacitados no último ano	2	1	3	3	3	53,8%	61,5%
122	Diversidade de temas de formação continuada		2		7	3	84,6%	76,9%
123	Temas abordados nas reuniões do Conselho Local de Saúde		2	1	5	4	84,6%	69,2%

9.8. ANEXO 08 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA SEGUNDA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR > 80% (NA PRIMEIRA RODADA)

		RELEVÂNCIA DOS INDICADORES					Apreciação do Indicador	Aplicabilidade nacional
N	INDICADORES	1	2	3	4	5	ACEITA	SIM
13	Apoio matricial			1	3	6	100%	90%
17	Registro sistemático de dados				4	6	100%	100%
18	Planejamento a partir de dados da produção assistencial			1	5	4	100%	100%
20	Levantamento de dados sobre a demanda e a comunidade				2	8	100%	100%
22	Programação de atividades a partir de avaliações do serviço	1		1	3	5	80%	90%
23	Mudanças induzidas por avaliações do serviço	1			2	6	80%	80%
27	Estratégias de educação em saúde na unidade			2	5	3	100%	100%
37	Avaliação dos resultados de exames				5	5	100%	100%
40	Disponibilidade de medicamentos da RENAME				4	6	100%	90%
43	Tempo de espera para acesso a especialidades				1	9	100%	90%
48	Tempo de espera entre o agendamento e a consulta médica					10	100%	100%
52	Rotina de avaliação, registro e arquivamento dos resultados de papanicolaou				2	7	100%	90%
62	Estratégias de tratamento de gestantes com sífilis				1	7	100%	100%
66	Ações desenvolvidas no atendimento ao puerpério tardio			1	3	5	80%	90%
76	Estratégias para detecção de violência contra crianças e adolescentes				2	8	100%	100%
77	Ações em casos de crianças e adolescentes em situação de violência				2	9	90%	100%
83	Exames de rotina em casos de diabetes			1	1	9	90%	100%
91	Ações para o cuidado de pessoas acamadas			2	1	8	90%	100%
94	Ações em casos de uso abusivo de outras drogas			1	4	6	100%	100%
104	Atenção programática a pessoas com deficiência			1	6	4	100%	100%
114	Atividades de rotina dos agentes comunitários de saúde.		1	1	5	4	90%	90%

9.9. ANEXO 09 – TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA PRIMEIRA RODADA DOS ESPECIALISTAS POR INDICADOR BEM AVALIADO E ACEITOS

N	INDICADORES	GRAU DE RELEVÂNCIA do indicador para a Atenção Primária (N=14)					Apreciação do indicador	Aplicabilidade nacional
		1	2	3	4	5	ACEITA	SIM
118	Mecanismos de integração da unidade com o nível central	2			2	9	92,8%	92,8%
124	Canais de comunicação dos usuários	1		1	4	7	100%	92,8%
41	Disponibilidade de métodos contraceptivos	1	1		3	9	100%	85,7%
84	Disponibilidade de medicamentos para hipertensão e diabetes	1			2	11	100%	92,8%
23	Mudanças induzidas por avaliações do serviço		2			12	100%	92,8%
119	Periodicidade das reuniões de equipe			1	5	6	78,5%	78,5%
26	Diversidade de temas nas ações de educação em saúde na unidade		1	1	6	5	92,8%	92,8%
30	Diversidade de ações de promoção e prevenção em instituições para crianças		2		6	5	85,7%	92,8%
31	Diversidade de ações de promoção e prevenção em instituições para adolescentes		2		6	6	100%	100%
39	Convocação de faltosos	1		1	3	9	100%	92,8%
98	Ações de vigilância em saúde nas Doenças de Notificação Compulsória	1		1		11	92,8%	92,8%
99	Condutas em casos sugestivos de DST	1			2	10	92,8%	92,8%
100	Ações de vigilância em caso positivo de HIV, hepatites ou sífilis	1		1	1	11	100%	100%
102	Atenção programática em casos de tuberculose	1		1	3	9	100%	92,8%
103	Atenção programática em casos de hanseníase	1	1		3	8	92,8%	85,7%
46	Proporção entre consultas agendadas e pronto-atendimento médico		2	1	1	10	100%	100%
49	Diversidade de ações para a saúde da mulher		1		4	8	85,7%	92,8%
50	Critérios para oferta de Papanicolaou	1			3	8	85,7%	85,7%
51	Periodicidade de oferta do papanicolaou	1			3	9	85,7%	85,7%
53	Critérios para realização do exame clínico de mamas	1	1		2	9	92,8%	85,7%
54	Critérios de solicitação de mamografia	1			4	9	100%	92,8%
56	Prontidão para o primeiro atendimento do pré-natal	1	1	1		11	100%	100%
57	Início do pré natal no primeiro trimestre	1			1	11	92,8%	92,8%
58	Número médio de consultas de pré natal	1			3	9	92,8%	85,7%
59	Exames de rotina no pré-natal	1	1			11	92,8%	85,7%
61	Serviço de referência para seguimento de gestantes de alto risco	1	1			12	92,8%	92,8%
63	Serviço de referência para seguimento de gestantes com HIV	1	1		1	10	85,7%	85,7%
67	Casos de sífilis congênita nos últimos três	2			1	11	92,8%	92,8%

	anos							
68	Estratégias para detecção de situações de violência contra a mulher	1			1	10	85,7%	92,8%
69	Ações em casos de mulheres em situação de violência	1			1	10	92,8%	92,8%
72	Estratégias de agendamento do primeiro atendimento ao recém-nascido	1		2	1	10	100%	100%
81	Exames de rotina em casos de hipertensão arterial	2			2	10	92,8%	92,8%
82	Atenção programática em casos de diabetes tipo II	1	1		2	9	92,8%	92,8%
85	Estratégias de abordagem a não adesão ao tratamento de condições crônicas	1		1	2	9	92,8%	85,7%
88	Estratégias para detecção de violência contra idosos	1				11	92,8%	92,8%
89	Ações em casos de idosos em situação de violência	1			1	10	85,7%	85,7%
90	Ações de suporte aos cuidadores de idosos e/ou acamados		2		3	8	92,8%	85,7%