



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

Luceime Olivia Nunes

**Perfil e características da Gerência de Unidades
Básicas de Saúde em serviços do centro oeste
paulista**

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

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Co-Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

**Botucatu
2017**

Luceime Olivia Nunes

**PERFIL E CARACTERÍSTICAS DA GERÊNCIA DE UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE EM SERVIÇOS DO CENTRO OESTE PAULISTA**

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
Co-Orientador: Prof. Dr. Adriano Dias

Botucatu
2017

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

Nunes, Luceime Olivia.

Perfil e características da gerência de unidades básicas de saúde em serviços do centro oeste paulista / Luceime Olivia Nunes. - Botucatu, 2017

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

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientador: Adriano Dias

Capes: 40600009

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde - Administração.
3. Serviços de saúde - Administração. 4. Saúde pública.

Palavras-chave: Administração de serviço de saúde; Atenção básica; Gerência.

RESUMO

Para que a Atenção Básica (AB) possa cumprir seu papel na atenção à saúde da população, faz-se necessário uma gerência local capaz de coordenar a equipe de saúde de modo a garantir a execução do projeto proposto para esse nível de atenção. Assim sendo, é atribuição da gerência, traduzir o projeto sanitário definido pelas políticas públicas de saúde, transformando princípios em ações de atenção à saúde, ou seja, cabe à gerência transformar fundamentos políticos em práticas concretas nos serviços de saúde. O presente estudo tem como objeto a gerência de serviços de AB, enquanto uma das instâncias responsáveis pela efetivação dos princípios éticos e políticos do SUS. O objetivo consiste em avaliar as características da gerência e sua repercussão sobre a qualidade dos serviços de atenção primária. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com dados colhidos pela aplicação do questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica, o QualiAB, o qual se constitui em um instrumento de autorresposta, via web, aplicado aos responsáveis e equipes locais das unidades de AB. O período de aplicação foi outubro a dezembro de 2014. São analisadas as variáveis relacionadas à gerência que integram o banco de dados. O instrumento foi respondido por 157 unidades, sendo a maioria autotranscrita como Unidades de Saúde da Família, seguida de unidades de saúde com o modelo "tradicional". A localização geográfica foi predominantemente urbana periférica. Com relação ao perfil do gerente de unidade a maioria é do sexo feminino, enfermeiro e possui vínculo pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para planejamento das ações internas e com a gestão municipal apenas 39,5% realizam reuniões de equipe semanalmente e 43,3% com o nível central, geralmente quando surgem problemas. Deste modo destaca-se que os gerentes, com apoio técnico e político da gestão municipal, têm o desafio de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários, para efetivação de uma Atenção Básica de qualidade, entretanto ainda apresentam muitos desafios.

Palavras chave: Atenção Básica; Gerência; Administração de serviço de saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Relação entre municípios da RRAS 09 e municípios que aderiram à pesquisa, segundo a população, IBGE – 2010	25
Tabela 2 –	Caracterização das Unidades de Saúde da RRAS 09 participantes da pesquisa QualiAB, 2014.....	32
Tabela 3 –	Características dos gerentes ou responsáveis pela coordenação de 157 UBS, segundo sexo, tempo de atuação e vínculo empregatício, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.	34
Tabela 4 –	Diversidade de atividades realizadas pelo enfermeiro que atua como gerente em 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.....	36
Tabela 5 –	Descrição das instalações gerais, equipamentos e recursos disponíveis de 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.	39
Tabela 6 –	Profissionais existentes nas 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista, segundo o tipo de unidade, QualiAB, 2014. .	42
Tabela 7 –	Sistemas de informação e dados registrados de rotina em 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.	46
Tabela 8 –	Constituição de rede de apoio técnico e social para 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.	51
Tabela 9 –	Temáticas abordadas nas diferentes estratégias de formação referidas por 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.....	54
Tabela 10 –	Principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde referidos por 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.	56

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 – Caracterização das unidades e perfil dos gerentes a partir de questões selecionadas no questionário QualiAB-2014 e no cadastro do gerente das UBS..... 29
- Quadro 2 – Eixos e núcleos temáticos definidos a partir de questões selecionadas no questionário QualiAB-2014..... 29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo, 2011.....	23
Figura 2 – Distribuição dos municípios participantes da pesquisa na RRAS 09, QualiAB-2014.....	25
Figura 3 – Página da pesquisa “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”, 2014.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS

AB: ATENÇÃO BÁSICA

APS: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

ERSAS: ESCRITÓRIOS REGIONAIS DE SAÚDE

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE

PNAB: POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

RAS: REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RRAS: REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

SES/SP: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

SMS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	22
	2.1 OBJETIVO GERAL	22
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3	MATERIAL E MÉTODO	23
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
	I CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E PERFIL DOS GERENTES.....	31
	II INTERFACE GESTÃO MUNICIPAL E GERENCIAMENTO LOCAL.....	38
	II.1 Estrutura e Procedimentos Básicos.....	38
	II.2 Informação, Planejamento e Avaliação	44
	II.3 Acesso e composição da rede de atenção	50
	II.4 Matriciamento (apoio técnico continuado realizado por equipe externa) e qualificação profissional	53
	III GESTÃO DA UNIDADE	55
	III.1 Coordenação do trabalho.....	55
	III.2 Organização do fluxo da assistência	57
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
	BIBLIOGRAFIA	63
	ANEXOS	72

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de atenção à saúde que têm por finalidade a promoção, prevenção e recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo. Segundo Starfield (1994) a Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica conforme nominada no sistema de saúde brasileiro¹, tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde por meio destas ações. É considerada atualmente como o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto nível do sistema que deve ser responsabilizado por sua ordenação e articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)². Com a descentralização e a municipalização a execução das ações de Atenção Básica encontra-se sob gestão municipal e deve se amparar no exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (BRASIL, 2006, 2012; MENDES, 2010). Nesse contexto, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem grande importância para que o sistema público de saúde ofereça uma atenção integral à saúde da população brasileira. Apropriar-se e definir estratégias de atuação para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS e dos pressupostos estabelecidos para o papel da Atenção Básica é um dos grandes desafios que se colocam para as UBS, particularmente para as esferas de gestão municipal de saúde e da gerência local desses serviços.

Para que a Atenção Básica possa cumprir seu papel na atenção à saúde e de ordenadora do cuidado na RAS, faz-se necessário uma gerência local capaz de coordenar a equipe de saúde de modo a garantir a execução do projeto proposto para esse nível de atenção. O processo de gerenciamento local é “...ao mesmo tempo, “condicionante” e “condicionado” pela forma como se organiza a produção dos serviços de saúde e conseqüentemente o modelo técnico-assistencial em curso” (ERMEL; FRACOLLI, 2003, p.90).

¹A opção brasileira de renomear a Atenção Primária à Saúde (APS) como Atenção Básica (AB) baseia-se centralmente no intuito de diferenciar esse nível de atenção de um conjunto de ações simplificadas e focalizadas em grupos populacionais específicos (MELLO; FONTANELLA, DEMARZO, 2009). No presente trabalho, a Atenção Básica será abordada segundo a concepção de uma APS com complexidade e especificidade próprias a esse nível de atenção, com abrangência populacional e elevada resolubilidade. Ao longo do texto será mantido o termo AB, conforme nominado pelo Sistema Único de Saúde, utilizando-se também o termo APS em diversas passagens, preservando-se o sentido já explicitado para ambos os termos.

² Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. (BRASIL, 2011a)

Enquanto “condicionante”, a gerência da unidade básica de saúde tem o papel de mediadora, de articuladora intra e inter setorial, podendo assim ser considerada um potente instrumento de efetivação de políticas de saúde (CARVALHO et al., 2013; ERMEL; FRACOLLI, 2003; MISHIMA et al., 1997). Assim sendo, é atribuição da gerência, traduzir o projeto sanitário definido pelas políticas públicas de saúde, transformando princípios em ações de atenção à saúde, ou seja, fundamentos políticos em práticas concretas nos serviços de saúde (CASTANHEIRA, 2000).

Apesar da importância estratégica do gerenciamento local dos serviços, grande parte dos estudos nesse campo tem como foco de análise a gestão da saúde realizada em níveis macroinstitucionais, seja municipal, estadual ou federal, limitando a gerência local à sua dimensão de ação condicionada por outros níveis decisórios.

A importância da discussão e análise da gerência dos serviços de Atenção Básica é apontada por Weirich et al. (2009) justamente por ser a Unidade Básica de Saúde (UBS) a principal porta de entrada no sistema local de saúde, onde os problemas são identificados, atendidos ou encaminhados para outros níveis de atenção, quando necessário, sob responsabilidade e coordenação imediata da gerência local para uma boa integração com a RAS. Entretanto, a baixa capacidade da gerência local tende a limitar a qualidade e resolubilidade da atenção oferecida e o acesso aos demais serviços de saúde, caracterizando-se por concentrar esforços em princípios administrativos tradicionais e/ou defasados e pela má sistematização de dados e ações sem planejamento local, acarretando a insatisfação do usuário, conflitos interpessoais e sobrecarga de trabalho (ANDRE; CIAMPONE, 2007; PASSOS; CIOSAK, 2006; SANTANA, 1997; WEIRICH et al., 2009).

Entre os fatores apontados como obstáculos a um melhor desempenho da gerência local destacam-se aqueles relacionados à formação de recursos humanos na área de gestão de serviços de saúde, e os mais diretamente vinculados à organização do processo de trabalho nas unidades. Ainda que ambos sejam condicionados por políticas e condições institucionais definidos em outros níveis de gestão, obedecem também, simultaneamente, a condicionantes definidos internamente pelo processo de gerenciamento desenvolvido em cada unidade.

A literatura indexada na base de dados Scielo que aborda a temática “gerenciamento local de serviços de Atenção Básica”, realizada a partir de

levantamento bibliográfico com os unitermos: “*gerência*”, “*gerenciamento*”, “*unidade básica de saúde*”, “*atenção básica*” ou “*atenção primária à saúde*”, aponta uma concentração de artigos em periódicos da área de enfermagem, que abordam experiências de gerenciamento de unidades de AB pelo profissional enfermeiro.

A concentração observada deve apoiar-se no fato dos enfermeiros terem assumido hegemonicamente o gerenciamento das unidades básicas, especialmente após o processo de extensão da rede básica com o processo de municipalização definido a partir da criação do SUS. Conforme dados apontados por Sanine (2014) em pesquisa avaliativa realizada em 2010 em 2735 UBS do estado de São Paulo, a gerência local é assumida pelo enfermeiro em 64,6% das Unidades pesquisadas, seguida pela administração direta pela Secretaria de Saúde Municipal (11,1%) e Unidades sem gerência local (4,9%), o que na prática somaria 16% dos serviços sem gerenciamento por profissionais das equipes. A maior frequência deste profissional também foi identificada em estudos realizados em municípios de diferentes estados brasileiros: Belo Horizonte, Minas Gerais; Sobral, Bahia; Jundiá, São Paulo; Patos, Paraíba, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro; Norte do Paraná. (BLOISE, 2015; CARVALHO et al., 2014; COATTO; TRALDO, 2011; FALCÃO; SOUZA, 2011; OHIRA; CORDONI; NUNES, 2014; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

De fato, diferente de outros profissionais de saúde, o enfermeiro, historicamente, vem sendo preparado para assumir cargos administrativos nas instituições de saúde, especialmente em hospitais, onde assumem a coordenação das equipes de enfermagem. Pode-se inferir que essa formação seja um dos fatores que atualmente induza a maior presença desse profissional na função gerencial nas UBS, além da priorização do profissional médico para a assistência (YAMAUCHI, 2009).

Cabe assinalar, entretanto, alguns antecedentes históricos de grande importância na constituição dos serviços de Atenção Básica no estado de São Paulo, particularmente em relação ao papel atribuído à gerência local, mas também, em relação à constituição de uma rede de serviços de atenção primária de abrangência estadual, no contexto pré SUS.

No processo de expansão e fortalecimento da atenção primária no estado de São Paulo, no início dos anos 60, visando uma “reforma gradativa” do sistema de saúde estadual foram tomadas três medidas principais: a criação de um Conselho

de Saúde, formado por líderes sociais e de caráter consultivo, a organização da carreira do médico sanitarista e a reorganização técnico-administrativa das unidades sanitárias. Elementos estes que foram incorporados na Reforma de 1968. Esta Reforma ficou conhecida como a Reforma Leser, por ter sido liderada pelo então secretário de estado da saúde Walter Leser, sendo aprofundada e implementada, de fato, nos anos 70. Entre suas ações de maior destaque estava a definição que a direção técnica e administrativa dos Centros de Saúde e dos Distritos Sanitários seria assumida por médicos sanitaristas (Decreto 7.555 de 9/2/1976). (MARSIGLIA, 2006; MASCARENHAS, 1973).

Para atender esta reforma, fez-se necessário a criação de 800 cargos de coordenação e administração com ingresso por meio de concursos público que teve como critério o conhecimento técnico-científico. Assim, para habilitar médicos às vagas que incluíam aquelas destinadas à direção dos Centros de Saúde e Distritos Sanitários, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) em convênio com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e com o Ministério da Saúde, ofereceu o Curso de Especialização em Saúde Pública para a formação de médicos sanitaristas. O curso tinha duração de 12 meses e ficou conhecido “Curso de Nível Local”, mas com a alta demanda de profissionais foram oferecidos, posteriormente, cursos com duração de seis meses “Cursos Curtos de Saúde Pública”. Estes cursos possuíam ênfase nos conhecimentos sobre planejamento, organização de serviços, estatística, epidemiologia e ciências sociais. Em decorrência desse processo, muitos médicos sanitaristas concursados passaram a exercer os cargos de direção nos Centros de Saúde e nos Distritos Sanitários. (MARSIGLIA, 2006; MOTA; SCHRAIBER, 2011)

Em 1986 com uma nova Reforma na SES/SP entre outras medidas, o Curso de Especialização em Saúde Pública deixou de ser exigido para cargos de direção das unidades de saúde, findando assim o plano de carreira deste profissional na SES/SP. Com o processo de municipalização, a partir da implantação do SUS no início dos anos 90, a inserção deste profissional, cujo projeto de trabalho pretendia avançar na execução de uma gerência sanitária, deixou de ser valorizada. (CASTANHEIRA, 2000; MARSIGLIA, 2006).

Estudos recentes apontam para a importância da capacitação da gerência local e sua precariedade atual, em que pesem as diferentes ofertas de formação, conforme discutiremos a seguir. As deficiências mais comumente encontradas, não

só no Brasil como na América Latina e Central, apontam para a necessidade de ampliar a formação dos gerentes em temáticas relativas aos campos da Administração, Epidemiologia e Metodologia Operacional (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Estudo de Ohira, Cordoni Junior e Nunes (2014) mostra que mesmo com experiência na gerência de UBS os gerentes (70%) não possuíam curso ou capacitação sobre gerenciamento. Problema também identificado no estudo de Bloise (2015) onde, embora todos os gerentes possuíssem alguma qualificação para atuar na gerência, os mesmos apontaram a necessidade de aprimoramento, com destaque para a mediação de conflitos, planejamento, monitoramento, avaliação e gestão de pessoas. Fernandes (2009) ressalta que diante dos desafios próprios desta atividade, não ter formação específica em gerenciamento é identificado como um importante dificultador. Em relação ao conteúdo de grande parte dos cursos voltados para a gerência, Loch (2009) assinala que a maioria dos cursos de qualificação existentes é direcionada às questões organizacionais e funcionais do Sistema Único de Saúde (SUS) numa dimensão macro institucional da gestão, ou seja, as questões subjetivas, relacionais e de gestão da clínica, de grande relevância para o gerenciamento local, são pouco abordadas nos espaços de discussão e capacitação desses profissionais.

Uma aproximação mais detalhada da formação na área de gestão em saúde permitirá uma visão mais clara das potencialidades e dificuldades que vem sendo encontradas nessa área; caracterizam-se a seguir as questões que se destacam para gerência em relação à organização do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Formação de gestores e gerentes de serviços de saúde

O Brasil vem investindo em cursos para a formação de profissionais que atuem no Sistema de Saúde e na Atenção Básica. Atualmente, para formação de gestores de serviços e sistemas de saúde existem cursos como os de Gestão da Saúde, Saúde Coletiva e Saúde Pública, com diferentes escopos de formação - nível técnico, sequencial³, tecnológico, bacharelado - reconhecidos pelo Ministério da

³ Os cursos sequenciais foram criados pelo MEC (Ministério da Educação) em 1998, com duração que varia de seis meses a dois anos e oferecem o ensino de habilidades específicas em determinadas áreas. Exemplo: na área de computação, pode-se ter um curso sequencial em redes de computadores. (BRASIL, 1999; 2011b)

Educação (MEC) e pelo Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) e sendo oferecidos por diversas instituições em diferentes regiões do país. Apresentaremos aqui alguns exemplos de cursos destes diferentes escopos de formação, iniciando pelos cursos técnicos.

Cursos técnicos:

Os cursos técnicos em Gestão em Saúde, com duração de 1200 horas, objetivam preparar profissionais para planejar, controlar e avaliar a implementação de políticas públicas de saúde, sendo muitos deles oferecidos pelas escolas da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), e por instituições parceiras do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). São oferecidos para alunos que já finalizaram o ensino médio e também para alunos que finalizarão o ensino médio junto com o técnico. Seus alunos, segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação, têm como campos de atuação: hospitais, clínicas, postos e unidades de saúde, empresas seguradoras de medicina de grupo, de autogestão ou similar. (BRASIL, 2016; PRONATEC,2015)

Uma escola que oferece o curso técnico denominado “Gestão em Saúde (gerência em saúde)” é a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) que oferece o curso junto com o ensino médio, sendo a formação focada nas especificidades do Sistema Único de Saúde (SUS). No setor privado, o Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, oferece um curso técnico em Gerência em Saúde, com conteúdo que também aborda o Sistema Único de Saúde, não é um curso gratuito e exige que o aluno já possua ou conclua o ensino médio ao longo do curso (ALBERT EINSTEIN, 2016; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2017)

A Resolução CES N.º 1, de 27/01/1999, que dispõe sobre os cursos sequenciais de educação superior, nos termos do art. 44 da Lei 9.394/96, traz:

Art. 2º Os cursos sequenciais por campos de saber, de nível superior e com diferentes níveis de abrangência, destinam-se à obtenção ou atualização: I - de qualificações técnicas, profissionais ou acadêmicas; II - de horizontes intelectuais em campos das ciências, das humanidades e das artes.

Art. 3º Os cursos sequenciais são de dois tipos: I – cursos superiores de formação específica, com destinação coletiva, conduzindo a diploma; II – cursos superiores de complementação de estudos, com destinação coletiva ou individual, conduzindo a certificado.

Cursos Sequenciais:

Segundo o MEC, existem no Brasil, atualmente, sete cursos sequenciais de Gestão em Serviços de Saúde e um em Saúde Pública, estes cursos possuem carga horária mínima de 1600 horas. Como exemplo, o curso sequencial de “Formação Específica em Gestão de Saúde Pública” da Universidade Regional do Cariri, CE, que objetiva formar alunos com conhecimentos, atitudes e habilidades para o exercício das funções de gestão em saúde pública e sua formação visa atender as necessidades do estado do Ceará. (UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI, 2017).

Cursos Tecnológicos:

O curso “Tecnólogo em Gestão de Saúde” é oferecido por algumas instituições. São cursos específicos para áreas de conhecimento ou regiões geográficas. O curso do Instituto Federal do Pará é voltado para as demandas operacionais do SUS e municipalização da saúde no estado do Pará e da Amazônia. (INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ, 2017).

Há cursos tecnológicos privados, como o curso “Tecnológico de Gestão em Saúde Pública” da Uninter (Centro Universitário Internacional) que apresenta um conteúdo mais aberto, pois de acordo com sua apresentação: “(...) forma profissionais para participar e orientar o planejamento, implantação e supervisão das ações, serviços e projetos de Saúde Pública, com o desenvolvimento de habilidades em Gestão em Saúde e conhecimentos específicos para a aplicação das políticas públicas do setor e suas relações com os usuários do Sistema Único de Saúde”. (UNINTER. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL, 2017).

Curso de graduação:

Dos cursos de graduação, há no Brasil, 29 cursos de graduação em Saúde Coletiva, 5 cursos em gestão e administração em saúde, ou serviços de saúde ou sistemas e serviços de saúde e 1 curso em Saúde Pública. O curso de Bacharelado em Gestão de Serviços da Saúde, sendo um deles oferecido pela Escola de Enfermagem da UFMG, “capacita os profissionais para atuarem em diferentes contextos como Rede de Atenção Primária à Saúde; Serviços de atenção

secundária e de urgência e emergência; hospitais nos vários níveis de complexidade, gerais e especializados; Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde em níveis de decisão central e regional; Serviços de Vigilância em Saúde e setores afins, tais como central de abastecimento de água e esgoto, saneamento básico e capacitação de profissionais de saúde”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2017).

O curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), “tem por finalidade atender às necessidades do Sistema Único de Saúde, contribuindo para o fortalecimento da capacidade de gestão dos serviços de saúde. O objetivo do Curso é formar um profissional com competências e habilidades para participar ativamente da formulação e implementação de políticas públicas “saudáveis” de caráter intersetorial e da realização de ações na prática dos sistemas e serviços de saúde, mobilizado pelas condições e modos de vida da população, numa perspectiva generalista, crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social. Os egressos são titulados bacharéis e designados Sanitaristas/Gestores Sanitaristas”. (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2017).

O curso de Saúde Pública da USP, “A Saúde Pública orienta-se para a atenção aos agravos sobre a saúde das populações e, por isso, está intimamente relacionada com as disciplinas que estudam a saúde enquanto um fenômeno coletivo, constituído por aspectos históricos, demográficos, epidemiológicos, sociais, políticos e ambientais. Sua atuação é voltada para ações preventivas e para a promoção da saúde”. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

Embora a graduação em Saúde Coletiva seja recente no Brasil, ela já é reconhecida internacionalmente e efetivada em muitos países, em especial em países desenvolvidos, como por exemplo a associação de escolas de saúde pública dos Estados Unidos: Association of Schools & Programs of Public Health (ASPPH), que conta com 40 escolas credenciadas, oito associadas e nove programas, reafirmando que a formação de profissionais nesta área é uma tendência e necessidade mundial. Sendo necessário segundo Bosi e Paim, 2010 reafirmar que a “Saúde Coletiva ou mesmo a Saúde Pública, ao contrário do que se supõe em certos círculos, não são especialidades médicas, nem de outras profissões da saúde”.

Assim as diferentes ofertas brasileiras de formação públicas e privadas apresentadas indicam o reconhecimento, a importância e necessidade potencial de

profissionais capacitados nessa área. Ao justificar a necessidade da criação de um curso em Saúde Pública o professor aposentado do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, José Maria Pacheco de Souza, apresentou o seguinte cenário: "O Brasil tem mais de 5.000 municípios. Cada município tem um serviço, um sistema, uma secretaria ou pelo menos, um diretor de saúde. Possivelmente esse diretor de saúde ou é médico, ou dentista, ou não é nada, apenas alguém indicado ou não pelo prefeito. É alguém que conhece ou não saúde pública. De início, podemos pensar que poderiam ser aproveitados, na pior das hipóteses, um formado para cada município; será alguém que possa ser ou secretário da saúde do município ou vá trabalhar como funcionário burocrático da saúde, mas conhecendo saúde pública. Assim, mercado, ou emprego, ou demanda, tem." (<http://www.fsp.usp.br/boletim.php?&lang=pt&style=homepage&articleId=06170311200922&visionId=04110805200417&unitId=09111928200359&hom>).

Neste cenário, certamente, o contingente de cursos específicos, anteriormente referidos, tem contribuído para a qualificação da gestão na saúde. Entretanto, embora reconhecida pelo MEC, a profissão de Saúde Coletiva não possui Regulamentação, Conselho de Classe próprio nem a vinculação a outros Conselhos, também não Consta na Resolução 287/98 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução esta que é anterior à criação do curso (BRASIL, 1998). Assim pela falta de reconhecimento há dificuldades dos profissionais da área para o ingresso no mercado de trabalho. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) - apoia o reconhecimento e a inclusão da profissão na Resolução 287/98 do CNS, e para o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS) a formação deste profissional é de grande importância, por ser um curso que visa o SUS de uma forma que deveria ser adotada nos demais cursos em saúde (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2014; BRASIL, 1998; OLIVEIRA DOS ANJOS, 2015).

A necessidade da formação em saúde alinhada aos princípios do SUS é também apresentada por Almeida Filho (2011), que defende que os profissionais dos cursos de saúde deveriam ser "orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde" diminuindo assim a "dissonância entre a missão do SUS e o sistema de ensino superior", ressaltando ainda a relevância do SUS como empregador.

A necessidade do profissional bacharel em Saúde Coletiva no mercado de trabalho, até então, era atendida por sanitaristas formados em cursos de pós-graduação. Atualmente com a criação do curso, o que chama atenção no trabalho de Oliveira dos Anjos (2015), é que muitos egressos que atuam no mercado de trabalho, área de Saúde Coletiva, não possuem contrato como Bacharel em Saúde Coletiva. Embora estes profissionais atribuam suas habilidades e competências à formação como Bacharel em Saúde coletiva, para ingressar no mercado de trabalho, eles recorrem a formações anteriores, que lhes conferiam o status de profissional de saúde, ou a cursos de pós-graduação para atender os requisitos dos editais de concursos públicos mesmo nos concursos do Ministério da Saúde.

Situação semelhante ocorre com os técnicos de Gestão em Saúde no mercado de trabalho. Segundo Gilberto Estrela, coordenador do Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ Fiocruz), o mercado de trabalho ainda absorve pouco estes profissionais, por falta de maior conhecimento sobre a formação do técnico de gestão e ausência de um mercado constituído, fazendo com que o ingresso do técnico em Gestão no setor público se dê por meio de concurso para atividades de administração, sem exigência de formação específica e com denominação de auxiliar administrativo. Os alunos egressos também valorizam as habilidades e competências adquiridas nos cursos técnicos e apontam que para a melhoria do SUS é necessária a educação em saúde, onde os profissionais são preparados conhecendo todo o processo de trabalho garantindo uma melhor atuação do profissional para fortalecimento do SUS. (MATHIAS, 2008)

Tradicionalmente os profissionais que atuam nesta área de gestão e gerência são profissionais da saúde como: médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde, que tradicionalmente têm sua formação enfatizando os processos diagnósticos e terapêuticos, ficando em segundo plano a função administrativa/gerencial uma vez que esta não é o foco principal de sua área, que teve por base, durante anos, o trabalho do médico liberal. A maioria destes cursos, não possuem disciplinas específicas, que garantam o conhecimento necessário para atuar na gestão/gerência em saúde (ALVES; PENNA; BRITO, 2004). Em particular encontra-se uma predominância de profissionais enfermeiros atuando na gerência de serviços de saúde. Embora o curso de graduação em enfermagem seja um dos poucos que abordam conteúdos de administração em sua grade curricular,

diferentes estudos ressaltam que os cursos de graduação não preparam o profissional para a gerência em saúde e também não consideram adequada a formação acadêmica frente à realidade de saúde do país (AARESTRUP; TAVARES; 2008; ALVES; PENNA; BRITO, 2004; BARBOSA et al., 2004; COATTO; TRALDI, 2011)

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição - Parecer Nº CNE/CES 1.133/2001 (BRASIL, 2001), que dispõem sobre as competências e habilidades prevêm no item administração e gerenciamento que “os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde”.

Ao encontro deste cenário de preparação de profissionais para atender a demanda por gestores e gerência de serviços e sistemas de saúde Perrow (1981), destaca-se a falta de consenso dos critérios a serem adotados para a definição da capacitação para exercício da gerência. Esta falta de capacitação do profissional para a gerência pode explicar a deficiência da gerência pública e o despreparo dos profissionais para atender as demandas organizacionais (KLIKSBURG, 1994). Motta, 1996, ao avaliar serviços locais de saúde da América Latina e Central, também apontou a necessidade de capacitação dos gestores de saúde em Administração, Epidemiologia e Metodologia Operacional. Alves, Penna e Brito, 2004, atribuem à falta de capacitação para a gerência “graves distorções na atuação dos gerentes nos serviços de saúde, expressas por meio de algumas dificuldades observadas em seu cotidiano de trabalho, como falta de compreensão das estratégias governamentais, adoção de uma postura de liderança, imprescindível para a realização do trabalho com a comunidade e equipes multiprofissionais. (...) deficiência na assimilação de informações – base para a formulação de estratégias e para a tomada de decisão - a falta de autonomia financeira e a intensa burocratização dos serviços públicos.”

Gerência das Unidades Básicas de Saúde

Nos últimos anos, os artigos levantados caracterizam o trabalho do gerente como sendo absorvido por atividades mais estritamente administrativas às quais se

somam ações de assistência direta, com pouco tempo disponível para o trabalho de coordenação técnica da equipe (FALCÃO; SOUZA, 2011; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014; WEIRICH et al., 2009).

É inegável que as mudanças realizadas na Atenção Básica no Brasil avançaram na efetivação do princípio da universalidade por meio do grande aumento e descentralização das UBS em todo o país, desencadeado pelo processo de municipalização e implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto o mesmo não se observa em relação à qualidade dos serviços prestados, que parecem não avançar na mesma proporção em relação à integralidade das ações. (REF)

O gerente do serviço de Atenção Básica possui atribuições de planejamento, coordenação, direção e controle das ações realizadas pela equipe, cotejando conhecimentos e habilidades técnicas, administrativas e psicossociais, articulando a equipe de trabalho e dando acesso ao planejamento participativo com os usuários (ANDRE; CIAMPONE, 2007; JUNQUEIRA, 1990).

Nesta perspectiva, o gerente é um agente chave nesse processo por ser o responsável em fazer a coordenação do trabalho da equipe e garantir a coerência das ações com os princípios e diretrizes da PNAB. No entanto, a literatura sobre o tema aponta a quase inexistência da gerência técnica na APS do SUS, seja pela ausência de um profissional que exerça esse papel ou pela sobrecarga e descaracterização do papel de coordenação daqueles que o exercem (ALVES, 2004; BLOISE, 2015; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES 2014;)

Nesse sentido, a gerência técnica é aquela que sai do papel do administrador e incorpora o saber técnico em organizar a produção e otimizar a produtividade e manejo de conflitos da unidade cabendo a esta gerência técnica a incorporação de todo conhecimento científico já produzido de modo a conferir racionalidade de operação visando a satisfação das necessidades da população adstrita (SCHRAIBER et al., 1999).

A Norma Operacional Básica - NOB-SUS – 1996 (BRASIL, 1996) define gestão e gerência como sendo: “gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” e gerência é conceituada como sendo a

“administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”.

Embora exista esta conceituação, para a função gerencial das UBS, não existe diretriz ou documento com uma definição clara sobre o papel e atribuições dos gerentes nas unidades e serviços de saúde, este fato foi apontado por gerentes entrevistados no estudo de Bloise (2015) como dificultador para o planejamento e organizações de atividades.

Diversos atores como, Tancredi; Barrios; Ferreira (1998) apud Passos; Ciosak (2006) e Junqueira (1990) colocam que planejar, executar, acompanhar, controlar recursos financeiro, humanos e materiais e avaliar focando nos objetivos do serviço são funções essenciais da gerência dentro do serviço e na área onde a unidade está inserida, Tancredi; Barrios; Ferreira (1998) apud Passos; Ciosak (2006) também colocam que gerenciar é a função administrativa de mais alta importância, pois é o “(...) gerente quem se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela.” Ximenes Neto e Sampaio (2008) colocam que o gerenciamento na saúde deve apropriar-se além dos conhecimentos da Administração, de saberes e práticas das Ciências Sociais, da Saúde e das Humanas, porque gerenciar voltado ao coletivo é não apenas uma prerrogativa, mas uma exigência para os gerentes de serviços públicos de saúde.

Vanderlei e Almeida (2007) apontam que existem visões diferentes dos próprios gerentes em relação as suas funções, pois ora a caracterizam como integrativa das relações de trabalho, valorizando o cuidado, o desempenho e o trabalho em equipe como atividades centrais, ora a descrevem como uma prática de conteúdo estritamente relacionado à administração de metas, infraestrutura e resolução de problemas emergentes.

Franco, Santos e Salgado (2011), ao discutir o gerenciamento, defendem que a gerencia na área da saúde deve focar na melhoria da qualidade dos serviços atendendo a três dimensões: a dimensão política que se relaciona com a finalidade do trabalho; organizacional que induz a organização do processo gerencial e técnica que se relaciona à prática com o monitoramento e avaliação deste trabalho. Os autores também defendem que o gerente, por ser um elo estratégico na organização do trabalho e produção de aprendizagens, deva atuar de forma criativa e não ficar imóvel diante das dificuldades.

No estudo de Fischer et al. (2014), destacaram-se, como competências técnicas: (a) cumprir e conhecer as normas e legislação do SUS; (b) garantir a execução dos serviços ofertados; (c) conhecer as metas e prioridades da SMS; e (d) deter conhecimento em gestão com foco na saúde pública.

A municipalização e as diretrizes definidas pelo SUS e pela PNAB impuseram novas diretrizes, e com elas, novos desafios para os serviços de atenção primária. O presente trabalho pretende aproximar-se do perfil de profissionais que tem assumido a função de gerência das unidades básicas de saúde, e das características do processo de gerenciamento nesses serviços.

Considerando o cenário atual dos serviços de atenção primária no estado de São Paulo, elegeu-se uma região do estado como campo de estudo, procurando-se responder algumas das seguintes questões: Qual o perfil atual dos gerentes das unidades básicas de saúde? As ações gerenciais são coerentes com as proposições da PNAB? Quais as interfaces entre a gerência local e a gestão municipal?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características da gerência de unidades básicas de saúde de uma Rede Regional de Atenção à Saúde do centro oeste paulista

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento local de unidades básicas de saúde.

Analisar o processo de gestão da unidade.

Analisar a interface entre o gerenciamento local e a gestão municipal de saúde.

3 MATERIAL E MÉTODO

Esta pesquisa analisou dados sistematizados a partir da aplicação do questionário QualiAB, versão 2014, na Rede Regional de Atenção à Saúde de Bauru (RRAS 09), como parte do projeto de pesquisa “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”⁴, que contou com financiamento do CNPq (CASTANHEIRA, 2016; ZARILI, 2015).

Os dados foram colhidos no período de outubro a dezembro em 2014, por meio de um cadastro com informações do gerente da unidade e do questionário QualiAB, respondido via web a partir da adesão dos gestores municipais.

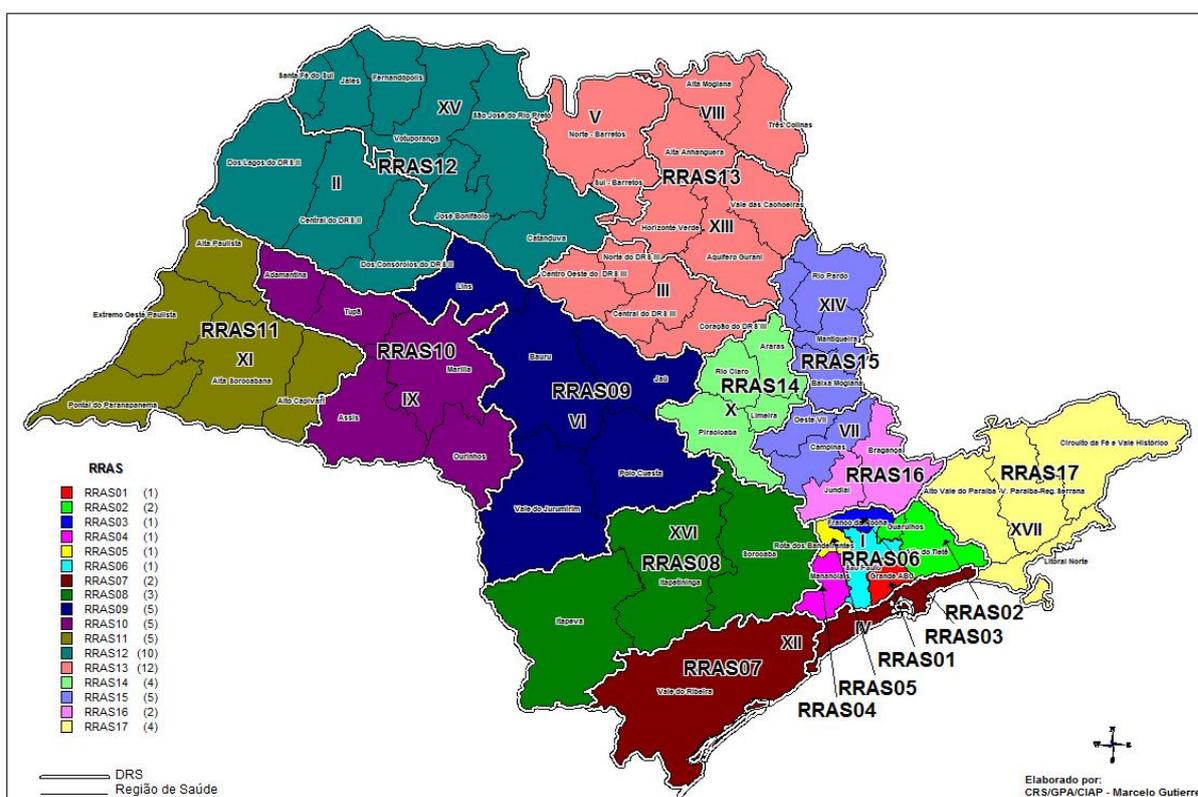


Figura 1 – Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo, 2011.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de corte transversal, com foco em questões relativas ao processo de gerenciamento das unidades básicas de saúde,

⁴ Projeto de pesquisa coordenado pela professora doutora Elen Rose Lodeiro Castanheira, do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, com financiamento do CNPq (processo nº 485848/2012-0)

de acordo com as respostas dadas pelo coordenador da unidade junto com a equipe.

O estudo descritivo realizado tem as características de uma quase-avaliação (AGUILLAR; ANDER-EGG, 1994; NEMES, 2001), porque embora não julgue, nem realize uma discriminação dos serviços estudados segundo seu desempenho gerencial, baseia-se em questões que em sua maioria carregam um juízo de valor ao apoiarem-se num “deve ser” previsto pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

O local de estudo, RRAS 09 tem uma extensão territorial de 30.625 Km² com uma população total de 1.624.623 habitantes em 2010 (São Paulo, 2014), sendo composta por 68 municípios localizados em cinco Regiões de Saúde⁵ - Bauru, Pólo Cuesta, Jaú, Lins e Vale do Jumirim. Entre as regiões de saúde estudadas há uma grande heterogeneidade sócio demográfica que se reflete na localização e complexidade dos equipamentos de saúde, que se concentram nos municípios de maior porte de cada região. Na RRAS como um todo, há predomínio de municípios de pequeno porte com até 25.000 habitantes (IBGE, 2016).

A rede de unidades básicas é também bastante heterogênea, com diversos arranjos organizacionais. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, estima-se a existência de 303 Unidades Básicas de Saúde em 2014, em toda a RRAS 09 (303 retirando-se os cadastros duplicados e as unidades que não se enquadram em serviços de atenção básica).

O banco analisado é constituído pela resposta de 157 unidades básicas localizadas em 41 municípios, cuja distribuição em relação ao universo da RRAS 09 pode ser vista na Figura 2 e na Tabela 1.

Foram excluídas deste estudo seis unidades de saúde localizadas em três municípios: quatro por serem serviços especializados (um de saúde mental, dois de mamografia e um de serviço especializado em pré-natal) e dois por atenderem a um só tipo específico de demanda (criança e adulto).

⁵ Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Devendo conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. (BRASIL, 2009; 2011a)

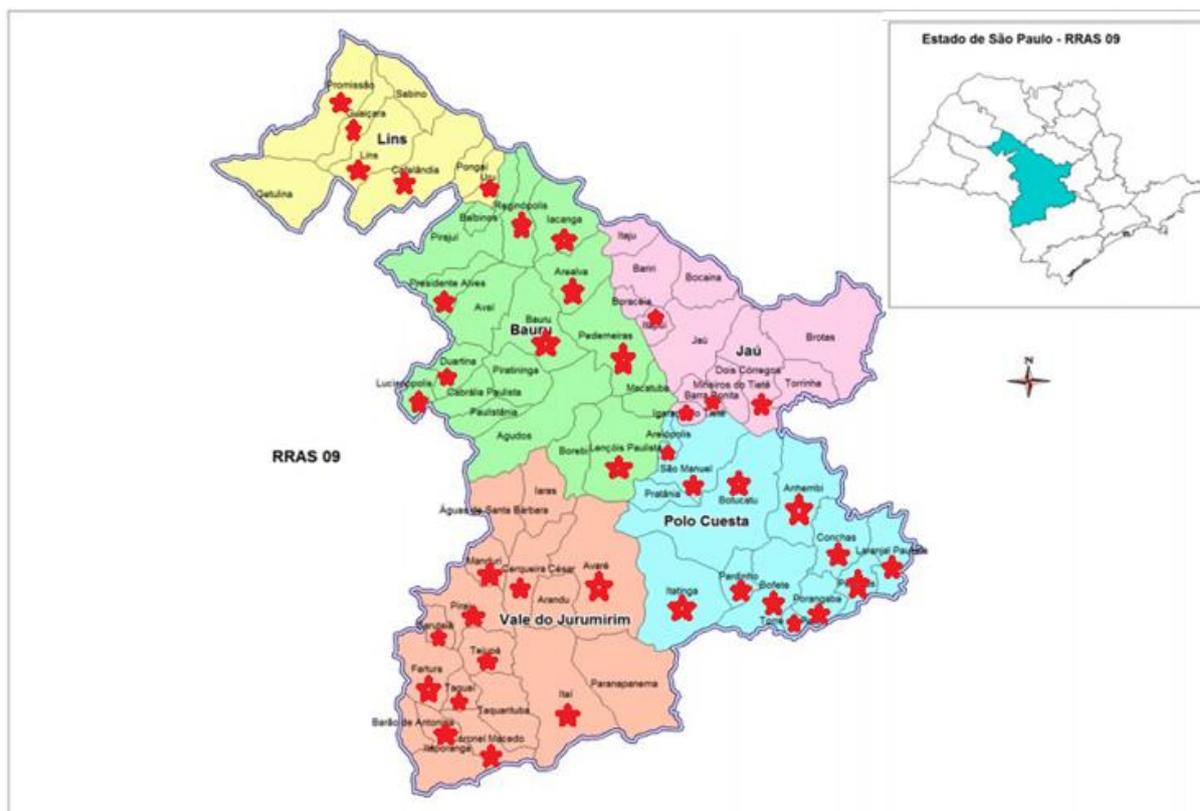


Figura 2 – Distribuição dos municípios participantes da pesquisa na RRAS 09, QualiAB-2014.

Tabela 1 – Relação entre municípios da RRAS 09 e municípios que aderiram à pesquisa, segundo a população, IBGE – 2010

POPULAÇÃO (HABITANTES)	N TOTAL	N PARTICIPANTES
> 200 mil	1	1
de 100 mil a 199 mil	2	1
de 50 mil a 99.999	3	3
de 25 mil a 49.999	8	6
de 10 mil a 24.999	24	14
de 5 mil a 9.999	14	9
de 2 mil a 4.999	14	6
< 2 mil hab.	2	1
	68	41

Fonte: IBGE - 2010

Instrumentos e aplicação

Foram utilizados dois instrumentos para a coleta dos dados: o cadastro do gerente ou responsável pela unidade e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica versão 2014 (QualiAB-2014) - ANEXO 1.

Cadastro do gerente ou responsável pela unidade

O cadastro do gerente ou responsável pela unidade é uma ficha de identificação onde foram solicitadas as seguintes informações: sexo, vínculo empregatício, tempo de atuação na saúde, tempo de atuação gerencial na unidade atual.

Questionário QualiAB

O QualiAB é um questionário eletrônico de avaliação de serviços, autoaplicável, dirigido aos serviços de Atenção Básica, com foco na organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Tem como padrão de qualidade indicadores construídos com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), protocolos e recomendações técnicas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde, e revisão da literatura, de modo articulado a diferentes estratégias de validação baseadas em consulta a usuários, gestores e gerentes locais e na observação direta dos serviços. É um questionário estruturado, que procura contemplar serviços de atenção básica organizados segundo diferentes modelos assistenciais (CASTANHEIRA et al., 2011, 2014).

É um instrumento construído e validado a partir de projeto de pesquisa concluído em 2007, com a aplicação em três Departamento Regionais de Saúde (DRS)⁶ do estado de São Paulo, a partir de financiamento da FAPESP, Linha de pesquisa PPSUS. A segunda aplicação ocorreu em 2010, em parceria com a SES/SP, sendo facultado para adesão de todos os municípios do Estado de São Paulo, com maior adesão dos municípios com menos de 100 mil habitantes.

A versão 2007/2010 passou por processo de atualização e nova validação a partir de projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) iniciada em 2013. Foi realizada revisão por pares em três rodadas, revisão bibliográfica e teste piloto em 30 unidades básicas, resultando numa versão atualizada QualiAB 2014 (CASTANHEIRA, 2016), aplicada à RRAS 09, cujo banco de dados é parcialmente analisado no presente trabalho.

O QualiAB-2014 (Anexo 1) contém 126 questões, distribuídas em cinco blocos, conforme discriminado a seguir.

I. Identificação e características gerais do serviço (15 questões)

⁶ Em 2007 Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), eram denominados de Direção Regional de Saúde (DIR). E o DRS de Bauru era organizado em dois agrupamentos de municípios: DIR de Bauru e DIR de Botucatu.

- II. Informação, Planejamento e Avaliação em Saúde (8 questões)
- III. Organização da atenção à saúde (86 questões)
 - III.1. Atividades de promoção, prevenção e educação em saúde (9)
 - III.2. Atividades de rotina (11)
 - III.3. Recepção e acolhimento (5)
 - III.4 Saúde da Mulher (21)
 - III.5. Saúde da Criança e do Adolescente (8)
 - III.6. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa (20)
 - III.7. Ações programadas para agravos e condições específicas (9)
 - III.8. Saúde Bucal (3)
- IV. Perfil de atividades (6 questões)
- V. Características do processo gerencial (11 questões)

Aplicação do QualiAB-2014

Como estratégia para a aplicação do questionário QualiAB 2014, foi feito contato prévio e apresentação do projeto às gestões estadual e municipais em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR) de cada uma das cinco Regiões de Saúde - Bauru, Polo Cuesta, Jau, Lins e Vale do Jumirim. A adesão dos gestores municipais foi voluntária.

Todo o processo de aplicação, adesão do gestor municipal, cadastro do gerente ou responsável pelo serviço de saúde e a resposta ao QualiAB foi *via web*.

No sistema o gestor tinha acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e realizava o aceite do TCLE confirmando a adesão do município, só então os responsáveis pelas unidades daquele município podiam ter acesso ao sistema.

Os responsáveis pelas unidades, ao acessar o sistema encontravam o TCLE da unidade, após o aceite, preenchiam seu cadastro e então começavam a responder ao questionário.

O acesso ao questionário se dava por meio de uma senha pessoal, criada no momento do cadastramento, a fim de garantir sigilo das respostas. O sistema também permitia ao participante salvar suas respostas e poder continuar a responder em outro momento, possibilitando assim discussões em equipe, entre outras pausas.

Foi utilizado o software Lime Survey versão 2.05, que ficou hospedado na página do projeto (www.fmb.unesp.br/qualiab) no site da Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP.

A página do projeto continha o histórico da pesquisa QualiAB, nome dos membros da equipe, os meios de comunicação com a equipe, um texto explicativo sobre a importância da avaliação e da participação da unidade na pesquisa avaliativa, o questionário em versão PDF e a produção científica.



Figura 3 – Página da pesquisa “Avaliação e monitoramento de serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional”, 2014.

Plano de análise

Foram analisadas as questões do cadastro do gerente ou responsável pela unidade básica e questões selecionadas em função de abordarem características gerais da unidade e do perfil do gerente e aspectos relacionados ao processo de gerenciamento local e à gestão municipal (Quadro 1 e 2).

Foi utilizado para análise o *software* IBM® SPSS® Statistics version 21.

Quadro 1 – Caracterização das unidades e perfil dos gerentes a partir de questões selecionadas no questionário QualiAB-2014 e no cadastro do gerente das UBS.

Caracterização geral	FONTE Nº das Questões*	QUESTÕES SELECIONADAS
Caracterização das unidades (5)	1	Tipo de unidade
	2	Instituição que assume a gestão administrativa da unidade
	3	Localização geográfica da unidade
	5	Presença de grupos populacionais específicos
	6	Período de funcionamento da unidade
Perfil dos gerente (6)	Cadastro	Sexo
	Cadastro	Vínculo empregatício
	Cadastro	Tempo de atuação na saúde
	Cadastro	Tempo de atuação na unidade atual
	116	Formação do profissional que exerce a gerência da unidade
	117	Carga horária do gerente na unidade

* número das questões de acordo com a numeração do questionário

A gerência dos serviços foi qualificada segundo dois eixos temáticos: a interface entre a gestão municipal e gerenciamento local e a gestão da unidade, que são apresentados em seis núcleos temáticos, conforme o quadro 2.

Quadro 2 – Eixos e núcleos temáticos definidos a partir de questões selecionadas no questionário QualiAB-2014.

EIXOS TEMÁTICOS	NÚCLEOS TEMÁTICOS (número de questões)	FONTE Nº das Questões*	QUESTÕES SELECIONADAS
INTERFACE ENTRE A GESTÃO MUNICIPAL E GERENCIAMENTO LOCAL	Estrutura e Procedimentos Básicos (11)	7	Estrutura física e instalações
		8	Equipamentos e recursos de apoio à assistência
		10	Número de profissionais fixos e volantes na unidade por categoria
		11	Incorporação de profissionais extras por programas governamentais (mais médicos e outros)
		33	Procedimentos de rotina realizados na unidade
		34	Vacinas aplicadas de rotina
		35	Exames feitos na unidade
		36	Exames colhidos na unidade
		40	Disponibilidade de medicamentos da RENAME
		41	Disponibilidade de métodos contraceptivos
	108.8	Existência de equipe de saúde bucal na unidade	
	Informação, Planejamento e Avaliação (10)	4	Definição da área de abrangência
		16	Sistemas de informações utilizados pela unidade
		17	Dados com registro de rotina
		18	Utilização dos dados da produção assistencial
		19	Utilização dos dados epidemiológicos
		20	Estratégias de reconhecimento das necessidades locais de saúde
		21	Processos avaliativos nos quais a unidade participou
		22	Ações desencadeadas por processos de avaliação
		123	Principais temas abordados nas reuniões do conselho

			local de saúde
		124	Diversidade de dispositivos para reclamações dos usuários
		118	Mecanismos de integração da unidade com o nível central
	Acesso e composição da rede de atenção à saúde (2)	12	Composição da rede de serviços municipais ou regionais
	Matriciamento e Qualificação profissional (3)	43	Tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência
		13	Equipe externa que realiza o apoio técnico continuado
		121	Profissionais que participaram de formação no último ano
122		Principais temas abordados nas estratégias de formação	
GERÊNCIA DA UNIDADE	Coordenação do trabalho (4)	119	Periodicidade das reuniões de equipe
		120	Temas abordados nas reuniões de equipe
		125	Principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde
		37	Presteza na avaliação dos resultados de exame
	Organização do fluxo assistencial (5)	39	Grupos prioritários para Convocação de faltosos
		44	Fluxo de atendimento à demanda espontânea
		45	Diversidade da oferta assistencial para demanda espontânea
		47	Estratégias de agendamento da consulta médica

* número das questões de acordo com a numeração do questionário

O presente projeto de pesquisa seguiu a Resolução nº 446/2012 sobre as diretrizes e normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 2012b) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) sob o número CAAE: 50020115.4.0000.5411 em 09 de Novembro de 2015.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 157 unidades básicas de saúde, localizadas em 41 municípios. O total de municípios, com pelo menos uma unidade participante, corresponde a 63,1% dos municípios que integram as cinco Regiões de Saúde que compõem a RRAS 09 do Estado de São Paulo.

Os resultados apresentados a seguir partem da caracterização geral dos serviços e do perfil dos gerentes, para em seguida, explorar os dois grandes núcleos temáticos escolhidos para caracterizar a gerência dos serviços de atenção básica, quais sejam, a interface entre a gestão municipal e gerenciamento local e a gestão do cotidiano da unidade.

I CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS SERVIÇOS E PERFIL DOS GERENTES

A gestão administrativa, ou seja, a filiação institucional das unidades participantes, em 87,0% (140) dos casos é de gestão municipal. Tem ainda expressão o fato de 10,6% (17) das unidades serem vinculadas a Organizações Sociais ou Fundações.

Entre as 157 UBS que integram o estudo há diversos arranjos organizacionais, sendo mais frequentes as Unidades de Saúde da Família, 42,7% (67), e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) “tradicionais” (equipes compostas por médicos de diferentes especialidades, sem agentes comunitários) 36,9% (58). Nenhuma unidade referiu ser “Posto Avançado de Saúde” (unidades periféricas ou rurais com equipes parciais e apoio de equipes volantes). (Tabela 2).

O período de funcionamento mais comum é todas as manhãs e todas as tardes 72,6% (114) e a localização geográfica é predominantemente urbana periférica 60,5% (95). (Tabela 2).

Entre os grupos populacionais com vulnerabilidade diferenciada atendidos pela unidade, os mais citados são os trabalhadores sazonais e/ou volantes 40,1% (63), seguido pelos profissionais do sexo 37,6% (59) e por pessoas em situação de rua 31,8% (50) (Tabela 2). Vale ressaltar que estas populações de maior vulnerabilidade, tendem a ter grande rotatividade e demanda específicas que exigem

estratégias particulares para as quais o interior do Estado de São Paulo se mostra ainda incipiente (NASSER, 2015).

Tabela 2 – Caracterização das Unidades de Saúde da RRAS 09 participantes da pesquisa QualiAB, 2014.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES	N	%
Tipo de Unidade		
USF	67	42,7
UBS “tradicional”	58	36,9
UBS “tradicional” com Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS)	13	8,3
UBS “tradicional” com Equipe Saúde da Família (ESF)	16	10,2
UBS “tradicional” ou Unidade Saúde da Família (USF) integrada à Pronto Atendimento (PA)	3	1,9
Posto Avançado de Saúde	-	-
Outra	-	-
Turnos de funcionamentos das unidades		
Todas as manhãs e todas as tardes	114	72,6
Todas as manhãs, todas as tardes e todas as noites	12	7,6
24 horas	3	1,9
Todas as manhãs, todas as tardes e algumas as noites	17	10,8
Todas as manhãs e algumas tardes	1	0,6
Algumas manhãs e algumas tardes	8	5,1
Somente algumas manhãs	2	1,3
Localização Geográfica		
Rural	13	8,3
Urbana – Central	49	31,2
Urbana – Periférica	95	60,5
Grupos populacionais atendidos pela Unidade		
Indígenas	2	1,3
Populações ribeirinhas	4	2,5
Ciganos e nômades urbanos	9	5,7
Acampados e assentados	18	11,5
Trabalhadores sazonais e/ou volantes	63	40,1
Pessoas em situação de rua	50	31,8
Profissionais do sexo	59	37,6
Moradores de abrigos e albergues	24	15,3
Encarcerados	19	12,1
Imigrantes	12	7,6
Outros	6	3,8
Não ocorre a presença destes grupos populacionais no território	54	34,4

Perfil dos Gerentes ou Responsáveis pela Coordenação das Unidades

Em relação ao gerenciamento local, uma unidade declarou que não tinha gerente no momento de aplicação do questionário. Em 5,0% (8) dos serviços são os próprios gestores municipais de saúde que coordenam a unidade, sendo que quatro destes serviços estão localizados em quatro municípios com população de até 5 mil habitantes, enquanto os outros quatro localizam-se em quatro municípios com mais de 50 mil habitantes. O gerenciamento local quando exercido pelo gestor municipal sugere um acúmulo de funções e responsabilidades para o secretário municipal, com maior chance de sobrecarga e também de interferências políticas na coordenação do trabalho, potencialmente interferindo no gerenciamento técnico do trabalho, com prováveis reflexos na qualidade da gerência e conseqüentemente dos serviços ofertados.

Tabela 3 – Características dos gerentes ou responsáveis pela coordenação de 157 UBS, segundo sexo, tempo de atuação e vínculo empregatício, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.

Sexo		
	N	%
Feminino	142	88,8
Masculino	18	11,2
Profissional que exerce a gerência da Unidade		
Assistente Social	6	3,7
Enfermeiro	128	79,5
Médico	1	0,6
Diretamente pelo Secretário de Saúde do município	8	5,0
Unidade não possui gerente	1	0,6
Outros	17	10,6
Formação dos gerentes que responderam “outros”		
Administrador	1	5,9
Advogado	1	5,9
Farmacêutico	1	5,9
Nutricionista	2	11,8
Contadora - função de Chefe de Departamento do PSF	1	5,9
Auxiliar de consultório dentário	1	5,9
Auxiliar de enfermagem	4	23,5
Técnico de enfermagem	6	35,2
Tempo de atuação na saúde		
< 1 ano	7	4,4
1 a 3 anos	33	20,6
4 a 7 anos	47	29,4
8 a 15 anos	47	29,4
> 15 anos	26	16,2
Tempo de atuação na Unidade atual		
< 1 ano	55	34,4
1 a 3 anos	54	33,8
4 a 7 anos	26	16,2
8 a 15 anos	21	13,1
> 15 anos	4	2,5
Vínculo empregatício		
Servidor público estatutário	42	26,3
Cargo comissionado	19	11,9
Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial	2	1,3
Contrato temporário por prestação de serviço	2	1,3
Empregado público CLT	59	36,9
Contrato CLT	36	22,5
Carga horária semanal da gerência		
40 horas	143	89,4
30 horas	13	8,1
20 horas	1	0,6
Outra	3	1,9

Conforme a tabela 3, as características que se destacam no perfil dos gerentes locais são: o predomínio do sexo feminino em 88,8% (142) das unidades e a formação em enfermagem, em 79,5% (128) dos casos. Chama a atenção que 7,5% (12) dos gerentes não possuem formação superior. Quanto ao vínculo, 26,3% (42) são servidores públicos estatutários e 59,4% (95) têm contratos pela CLT.

Quanto ao tempo de atividade, 75,0% (120) estão há mais de 4 anos na saúde, mas somente 31,9% (51) estão há mais de 4 anos na unidade atual. A maioria, 89,4% (143), dos gerentes tem carga horária de 40 horas semanais. Com relação às atividades de rotina, 67,2% dos gerentes com formação em enfermagem realiza atividades de gerência e assistência (Tabela 4).

A predominância de profissionais do sexo feminino e com formação em enfermagem também foi encontrada em outros estudos (ALVES; PENNA; BRITO, 2004; BLOISE, 2015; CARVALHO; et al, 2014; FALCÃO; SOUZA, 2011; OHIRA; CORDONI JUNIOR; NUNES, 2014). Há um grande número de mulheres atuando na saúde, com grande expressão entre os profissionais de enfermagem, o que se observa, em quase todos os países (OMS, 2006) e no Brasil em 2010, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 87,2% dos profissionais de enfermagem eram do sexo feminino (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

A identificação de gerentes de unidades básicas que não possuem curso superior, também tem sido observada em outros trabalhos. Falcão e Souza (2011) em estudo realizado em Patos-Pb, no qual entrevistaram gerentes de unidades com mais de 6 meses de experiência, também encontraram técnicos de enfermagem exercendo esta função. Vale lembrar que estes profissionais, além da gerência, também exercem atividades assistenciais com possível sobrecarga para ambas as atribuições.

A grande predominância de enfermeiros na gerência pode ser influenciada pelo fato de ser uma das poucas formações em saúde a possuir conteúdos de administração durante a graduação, além de ter como função precípua a coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, embora a suficiência dessa formação para o campo da gerência em saúde venha sendo questionada. Nesse sentido, o estudo de Aarestrup e Tavares (2008), conclui que os conteúdos de administração durante curso de enfermagem não são suficientes para a complexidade da atividade gerencial na Atenção Básica. Informação corroborada por

Coatto e Traldi (2011), a partir de entrevistas com enfermeiros, que também apontaram a insuficiência da graduação do enfermeiro para o gerenciamento de serviços de Atenção Básica. Como visto em estudos de diferentes estados: Ceará, Maranhão, Paraíba, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, a inserção dos enfermeiros na gerência das UBS é significativa, diferente do que acontece no Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS), onde os enfermeiros atuam mais no gerenciamento dos cuidados paliativos, de doenças crônicas e na educação em saúde (CROSS, 2010).

A multiplicidade de tarefas assumidas pode levar a dificuldades no gerenciamento local, ainda que, por outro lado, pode qualificar o gerenciamento técnico do trabalho se houver sinergia entre as atividades de assistência direta e aquelas mais diretamente articuladas à organização do trabalho, tais como supervisão, coordenação e educação permanente. A Tabela 4 demonstra as inúmeras tarefas realizadas pelo enfermeiro gerente, com grande expressão das ações de assistência e orientação.

Tabela 4 – Diversidade de atividades realizadas pelo enfermeiro que atua como gerente em 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.

Atividades	N	%
Recepção, avaliação e orientação de casos “extras”	98	95,1
Registro de seus atendimentos em prontuário	97	94,2
Orientações para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros	95	92,2
Orientação para o uso correto de medicamentos	95	92,2
Consulta de enfermagem de casos “extras”	94	91,3
Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem	92	89,3
Gerenciamento da unidade	90	87,4
Visita domiciliar	88	85,4
Notificação epidemiológica	87	84,5
Participação das reuniões de equipe multiprofissional	87	84,5
Aconselhamento em DST/Aids	86	83,5
Supervisão da equipe de enfermagem/ACS	85	82,5
Consulta de seguimento programático	84	81,6
Coleta de citologia oncológica	81	78,6
Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional	74	71,8
Atividades de educação permanente da equipe	74	71,8
Grupos educativos/assistenciais	73	70,9
Atendimento de urgência e emergência	72	69,9
Avaliação dos faltosos em consulta	66	64,1
Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido	37	35,9
Participação no Conselho de Unidade de Saúde	29	28,2
Outros	2	1,9

Em 67,2% destas unidades há somente um enfermeiro o que significa que o gerente-enfermeiro realiza atividades gerenciais e assistenciais em grande parte dos serviços, confirmando dados encontrados em outros estudos (FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2010; FRACOLLI; EGRY, 2010). O estudo de Fracolli e Egrý (2001), aponta que esta dupla função tende a se manifestar como polos de oposição, quando poderiam ser trabalhadas de forma intercomplementar, como ações intercessoras.

Entretanto o estudo de Ximenes Neto e Sampaio (2008) aponta esta dupla função – gerência-assistência – como dificultadora, segundo os dez gerentes entrevistados. Os autores destacam algumas falas dos gerentes, tais como: “[...] *umas das dificuldades da gente que é gerente e tem um território sob a nossa responsabilidade é assim, porque nós também temos um cronograma de atendimento [...], então muitas vezes a gente tem que planejar muito bem as ações que vai fazer, para ter aquele tempo específico para gerência [...]. Muitas vezes a gente tem que ficar entre um intervalo, entre um atendimento e outro pra resolver problemas de gerência. Então é assim, fica muito corrido nesse sentido. Atender telefone e fazer as ligações necessárias. Atender as colegas que chegam com demanda tem que ser resolvida na hora, então é complicado, nesse sentido [...]*”.

Chama a atenção ainda, o tempo de atuação dos gerentes na unidade atual, destes, 68,2% (109) estão na unidade atual há menos de 3 anos, sugerindo rotatividade entre os gerentes nessas unidades, uma vez que 75% (120) dos profissionais que participaram desta pesquisa atuam há mais de 4 anos na área da saúde. Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Carvalho et al. (2014), onde o tempo de atuação na AB era entre 11 e 20 anos em 72,7%, e como gerente na unidade atual 63,6% estavam há menos cinco anos.

A rotatividade na função gerencial pode ser vista sob dois ângulos distintos. De um lado, no caso de haver troca de unidade, a mudança poderia prejudicar a criação de vínculos com equipe e usuários e o conhecimento mais aprofundado da realidade local, além de comprometer a continuidade dos projetos iniciados. Por outro lado, a alternância na coordenação entre os membros da equipe pode ser positiva, estimulando renovação nas estratégias de trabalho e fortalecendo a equipe. Um fator que pode influir nas trocas da gerência local é a mudança de prefeitos e/ou de partidos nos pleitos municipais, refletindo, em geral, alterações no plano municipal de saúde.

Quanto ao vínculo empregatício, os resultados desta pesquisa são divergentes dos achados de Carvalho et al. (2013), onde 90,1% dos gerentes são concursados e somente um é empregado segundo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

II INTERFACE GESTÃO MUNICIPAL E GERENCIAMENTO LOCAL

Estão reunidos como indicadores de interface entre gestão municipal e gerência local quatro subconjuntos: estrutura e procedimentos básicos; informação planejamento e avaliação; acesso e composição da rede de atenção à saúde; e matriciamento e qualificação profissional. Esses indicadores referem-se a condições que estão sob gestão municipal, mas cuja implementação e controle dependem do gerenciamento local de cada unidade, conformando uma dimensão de interface na produção dos serviços.

Os recursos básicos, como infraestrutura, recursos humanos e insumos básicos são elementos indispensáveis à realização das ações de Atenção Básica e a garantia de sua disponibilidade é responsabilidade dos municípios, conforme definido pela PNAB. Entretanto, a gerência local é responsável pela gestão direta tanto dos recursos materiais como dos trabalhadores.

Do mesmo modo, ainda que os dispositivos de informação, planejamento e avaliação utilizados, assim como o acesso e integração das unidades básicas com a rede de atenção à saúde, dependam de medidas tomadas pela gestão municipal, sua implementação e execução estão sob gerenciamento local. Por exemplo, a qualidade da alimentação dos sistemas de informação, o uso local de informações para discussão em equipe e planejamento local, a utilização dos resultados dos processos de avaliação, assim como, o contato ativo com os serviços da rede, dependem de ações de gerenciamento local.

II.1 Estrutura e Procedimentos Básicos

Quanto às instalações do imóvel e aos equipamentos e recursos disponíveis podemos observar que somente 68,2% (107) das unidades encontram-se em bom estado de conservação, nenhuma instalação ou equipamento obteve percentual de 100% nos itens avaliados. Ainda com referência à instalação do imóvel destacamos

o número adequado de cadeiras para a demanda em 73,2% (115) e o número adequado de salas e consultório em 67,5% (106). Quanto aos equipamentos 89,8% (141) possuem mesa para exame ginecológico; 78,3% (123) geladeira exclusiva para vacinas, o carrinho de emergência em somente 42,7% (67), desfibrilador em 31,8% (50), 89,8% (141) das unidades possuem acesso à internet e 73,9% (116) possuem acesso à sistema informatizado para alimentação de banco de dados. (Tabela 5). A inadequação do espaço físico foi citada na Tabela 10, por 47,1% (73) dos gerentes sendo o terceiro dos principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Tabela 5 – Descrição das instalações gerais, equipamentos e recursos disponíveis de 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.

Instalações Gerais	N	%
Bom estado de conservação	107	68,2
Acesso para pessoas portadoras de deficiência	115	73,2
Sala de espera	149	94,9
Número de cadeiras adequado à demanda	115	73,2
Ventilação e iluminação adequadas	106	67,5
Bebedouro	150	95,5
Banheiro para os usuários	149	94,9
Banheiro adaptado para pessoas portadoras de deficiência	91	58,0
Banheiro no consultório ginecológico	110	70,1
Salas e consultórios em número adequado	106	67,5
Consultório dentário	134	85,4
Sala de observação	68	43,3
Sala de vacina	125	79,6
Equipamentos e recursos de apoio disponíveis		
Mesa para exame ginecológico	141	89,8
Geladeira exclusiva para vacinas	123	78,3
Carrinho de emergência	67	42,7
Desfibrilador	50	31,8
Cadeira de rodas	141	89,8
Quadro para informações	135	86,0
Televisão	117	74,5
Microcomputadores	145	92,4
Acesso à Internet	141	89,8
Acesso à sistema informatizado para alimentação de banco de dados	116	73,9
Prontuário eletrônico	34	21,7
Sistema de senhas na sala de espera	32	20,4
Acesso à ambulância para transporte de pacientes	125	79,6
Veículo para uso da unidade	61	40,1

Fischer et al. (2014) destacam que: “diferenças de infraestrutura entre as Unidades Básicas de Saúde, as diferenças no quadro de servidores, os aspectos do ambiente interno à organização são condicionantes do contexto e interferem na gestão”.

A PNAB (2011) refere que para a realização das ações de atenção básica nos municípios é necessário a manutenção regular da infraestrutura e dos equipamentos das UBS e recomenda, de acordo com as orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, que as UBS, com ou sem Saúde da Família, possuam salas de vacina e banheiro público, inclusive nas unidades fluviais, itens que neste e em outros estudos não foram encontrados em 100% dos serviços pesquisados.

O baixo percentual de carrinho de emergência e desfibrilador chama a atenção por ser a UBS é uma porta de entrada ao sistema de saúde e percentual de unidades com acesso à sistema informatizado para alimentação de banco de dados ser melhor que o percentual de acesso à internet, sugere que em algumas unidades os dados são copilados à mão e lançados no sistema pelas secretárias municipais de saúde, processo este que pode comprometer a qualidade dos dados.

No presente estudo a inadequação do espaço físico foi citado por 46,5% (73) dos serviços entre os obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. No estudo de Ximenes Neto e Sampaio (2008) a segunda dificuldade mais referida pelos gerentes foi a estrutura física inadequada da unidade. A existência de um veículo para a unidade foi valorizado como fator facilitador enquanto a falta de veículo foi citada como fator dificultador pelos gerentes entrevistados.

Estruturas deficientes são identificadas como um dos obstáculos para o alcance de metas de desempenho, conforme estudo de Bloise (2015) que destaca a seguinte fala de um gerente entrevistado: “[...] acredito que as metas iguais (independente da estrutura da unidade) se constituem para unidades como a que eu gerencio, um entrave ao trabalho, posto que são inatingíveis pela nossa realidade. [...]”.

Estes dados são corroborados na pesquisa realizada por Vanderlei e Almeida (2007), com gestores e gerentes da ESF no estado do Maranhão. Nela foram identificadas dificuldades no gerenciamento relacionadas aos recursos materiais e estrutura física, medicamentos e recursos humanos, que tinham como consequência a sensação de impotência, responsabilização individual e de isolamento por parte

dos gerentes. Tais dificuldades fazem com que o trabalho da gerência se concentre em controlar e a executar as funções burocráticas predeterminadas e em “apagar incêndios”, prejudicando a efetividade e a qualidade dos serviços prestados, pois a estrutura em precárias condições aumenta o estresse e as intercorrências tendendo a ampliar as demandas para a gerência.

Ainda sobre a importância da estrutura para o bom desempenho das atividades de atenção à saúde, Ximenes Neto e Sampaio (2008), colocam:

“(…) quando em uma unidade há uma concorrência de técnicas/procedimentos em um mesmo espaço físico, isto gera um complicador para os trabalhadores, capaz de aumentar a tensão do processo de trabalho, desmotivando e interferindo na qualidade de vida no trabalho. O que se espera da estrutura de uma unidade da ESF não é que seja perfeita ou padrão, mas que possa conformar no espaço todas as suas necessidades organizativas, assistenciais e da comunidade”. (pg. 42)

Quanto à composição das equipes, pode-se observar a distribuição dos diferentes profissionais, com detalhamento de especialidades médicas, por tipo de serviço e segundo participação fixa ou volante na equipe (Tabela 6).

Tabela 6 – Profissionais existentes nas 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista, segundo o tipo de unidade, QualiAB, 2014.

		Tipo de unidade							
		USF (67)		UBS “tradicional” (58)		UBS+PACS ou ESF (29)		UBS “trad.” ou USF integrada à PA (3)	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Médico de família	F*	57	85,1	12	34,5	15	51,7	1	33,3
	V*	6	9,0	3	5,2	2	6,9	-	-
Médico clínico geral	F*	12	17,9	36	62,1	22	75,9	2	66,7
	V*	4	6,0	28	48,3	8	27,6	-	-
Médico pediatra	F*	5	7,5	30	51,7	14	48,3	-	-
	V*	17	25,4	23	39,7	9	31,0	1	33,3
Médico ginecologista	F*	4	6,0	22	37,9	12	41,4	1	33,3
	V*	9	13,5	19	32,8	6	20,7	1	33,3
Médico psiquiatra	F*	3	4,5	5	8,6	3	10,3	-	-
	V*	6	9,0	3	5,2	2	6,9	-	-
Médicos de outras especialidades	F*	-	-	11	19,0	2	6,9	1	33,3
	V*	4	6,0	11	19,0	3	10,3	-	-
Enfermeiro	F*	66	98,5	51	87,9	29	100,0	2	66,7
	V*	2	3,0	7	12,1	1	3,4	1	33,3
Dentista	F*	45	67,2	34	58,6	24	82,8	2	66,7
	V*	7	10,4	17	29,3	5	17,2	-	-
Psicólogo	F*	7	10,4	11	19,0	8	27,6	2	66,7
	V*	16	23,9	17	29,3	4	13,8	-	-
Terapeuta ocupacional	F*	2	3,0	3	5,2	2	6,9	-	-
	V*	2	3,0	3	5,2	1	3,4	-	-
Nutricionista	F*	8	11,9	6	10,4	3	10,3	-	-
	V*	14	20,9	21	36,2	6	20,7	-	-
Fisioterapeuta	F*	6	9,0	8	13,8	5	17,2	1	33,3
	V*	9	13,5	13	22,4	5	17,2	-	-
Fonoaudiólogo	F*	1	1,5	10	17,2	4	13,8	-	-
	V*	2	3,0	12	20,7	2	6,9	1	33,3
Assistente social	F*	11	16,4	12	20,7	8	27,6	1	33,3
	V*	17	25,4	15	25,9	5	17,2	-	-
Farmacêutico	F*	20	29,9	18	31,0	10	37,5	3	100,0
	V*	12	17,9	13	22,4	3	10,3	-	-
Agente Comunitário de Saúde	F*	61	91,0	7	12,1	26	89,7	-	-
	V*	1	1,5	1	1,7	1	3,4	-	-
Auxiliar administrativo	F*	40	59,7	26	44,2	13	44,8	1	33,3
	V*	1	1,5	2	3,4	1	3,4	-	-
Auxiliar de serviços gerais	F*	54	80,1	44	75,9	25	86,2	2	66,7
	V*	2	3,0	3	5,2	1	3,4	-	-
Motorista	F*	15	22,4	10	17,2	9	31,0	2	66,7
	V*	6	9,0	3	5,2	2	6,9	-	-

*F= Fixo e V= Volante

Em relação aos profissionais fixos e volantes das unidades de saúde, observou-se que: no caso do profissional médico, o médico da saúde da família nem sempre é encontrado nas USF, podendo ser encontrado em algumas UBS “tradicional”. O médico psiquiatra e de outras especialidades médicas, curiosamente, é encontrado nas USF e UBS como profissional fixo. O mesmo foi observado em relação a outras profissões como: nutricionista, fisioterapeuta,

fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional, que geralmente não são profissionais fixos nas unidades de atenção básica.

Outro resultado que chama a atenção é a ausência Agente Comunitário da Saúde em 9,0% das USF e a presença destes profissionais em 12,1% das UBS “tradicionais”.

Observou-se também que 20,4% das unidades estudadas não contavam com o Auxiliar de serviços gerais, cuja atuação é indispensável nas unidades de saúde.

Somente uma unidade não contava com médico fixo ou volante no momento em que participou da pesquisa QualiAB 2014.

Há oferta de serviço de saúde bucal em 83,4% (131) das unidades, o que amplia a complexidade da equipe e as exigências em relação ao trabalho do gerente, tanto para conseguir articular e integrar o trabalho dos diferentes profissionais como em atender ao pool diversificado de demandas.

Entre os serviços participantes 43,3% (68) receberam profissionais de programas do governo, sendo que 66,2% (45) destes serviços receberam médicos pelo Programa Mais Médicos e 32,4% (22) receberam profissionais pelo Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), sendo um enfermeiro e os outros médicos.

O procedimento de rotina que as unidades mais realizam é o curativo 91,7% (144), seguido da retirada de pontos com 89,2% (140) e inalação 88,5% (139). Em relação às vacinas, 22,3% (35) dos serviços participantes não realiza vacinação, a vacina influenza é aplicada em todos os serviços que realizam vacina 100,0% (122), as vacinas mais realizadas são: Poliomelite/ vacina oral de pólio/vop, tríplice viral, dT (dupla adulto antitetânica e antidiftérica), febre amarela, que são realizadas em 99,2% (121) dos serviços, já as vacinas aplicadas em um menor número de unidades são: a Pneumocócica 23 valente 74,6% (91) seguida pela BCG (Bacillus Calmette-Guérin), realizada por 86,1% (105). Chama a atenção a realização da vacinação em unidades que não possuem sala de vacina (três serviços) e unidade que possuem sala de vacina que não realizam a vacinação (seis serviços).

Em relação aos exames realizados na unidade, os serviços executam: hemoglucoteste (HGT) em 98,1% (154); teste de gravidez na urina em 83,4% (131); teste rápido pra Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) 47,1% (74); teste rápido para sífilis em 45,9% (72); testes de hepatite B em 22,3% (35) e hepatite C em 23,6% (37) dos serviços. A realização de eletrocardiograma (ECG) está disponível

em 51,0% (80) das unidades básicas e 1,9% (3) dos serviços não realizam nenhum exame. A coleta de exames clínicos laboratoriais é feita em 65,0% (102) e a coleta do Papanicolau em 89,2% (140) dos serviços, 5,1% (8) das unidades não colhem nenhum exame.

Quanto aos medicamentos, 24,2% (38) não dispensam medicamentos, conforme listagem prevista na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), em 61,1% (96) dos serviços têm disponíveis todos os medicamentos previstos; quanto aos medicamentos para hipertensão 10,8% (17) e diabetes, 12,7% (20) dos serviços referem falta eventual no suprimento e 55,4% (87) das unidades encaminham processo para medicamentos de alto custo.

A distribuição de preservativo masculino é feita em 96,2% (151) das unidades, fazendo com que este seja o método contraceptivo distribuído pelo maior número de unidades, o anticoncepcional oral é distribuído por 80,9% (127) e 1,3% (2) dos serviços não distribuem nenhum tipo de contraceptivo.

A falta de medicamentos também foi apontada por 9,0% (14) dos gerentes quando questionados sobre os principais obstáculos a serem vencidos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde (tabela 10). No estudo de Vanderlei e Almeida (2007) a falta de medicamento foi apontada como fator dificultador da gerência, e sua disponibilidade como facilitador na pesquisa de Ximenes Neto e Sampaio (2008), esta falta de medicamento foi citada por profissionais e por usuários no estudo de Souza et al., 2008.

Pontes et al. (2009), referem que o acesso aos medicamentos contribui para a adesão aos tratamentos, é fundamental para o controle clínico individual e impacta na morbidade e mortalidade principalmente de doenças crônico-degenerativas.

II.2 Informação, Planejamento e Avaliação

A definição da área de abrangência das unidades foi feita administrativamente pela Secretaria Municipal de Saúde em 48,4% (76) das unidades; em 29,9% (47) foi definida por processo participativo levando em conta a realidade local e a facilidade de acesso; 14,0% (22) não possuem definição de área de abrangência e em 7,6% (12) foi a equipe quem definiu uma área. Chama a atenção a baixa proporção de unidades com áreas definidas por meio de planejamento participativo.

A delimitação da área de abrangência é importante para que o gerente conheça as complexidades e diversidades da área onde sua unidade está inserida possibilitando o planejamento e execução de ações que atendam às necessidades de saúde da população. Segundo Ximenes Neto e Sampaio (2008), para que o profissional gerencie o território do serviço ele deve compreender a complexidade sócio-política-cultural, além das condições de saúde e da qualidade de vida da população local. Para Fischer et al. (2014), as condições socioeconômicas dos usuários do serviço interferem nas ações de gerência, pois elas impõem resoluções de problemas específicos relativos à realidade de cada território.

Para que esta delimitação seja eficaz deve ser feita com planejamento participativo, pois assim pode se considerar a realidade e a facilidade do acesso de acordo com a vivência dos usuários. No estudo de Ximenes Neto e Sampaio (2008) os gerentes mencionaram a territorialização inadequada como fator dificultador e o conhecimento das características do território como imprescindível.

Lembramos que a delimitação da área de abrangência não satura o conhecimento da realidade local, pois como é colocado por Mendes e Donato (1997).

[...] o território nunca está pronto, mas sim em constante transformação. Ao mesmo tempo que território é um resultado, é também condição para que as relações sociais se concretizem. E, sendo construído no processo histórico é historicamente determinado, ou seja, pertence a uma dada sociedade, de um dado local, que articula as forças sociais de uma determinada maneira.” (pg.41).

Nesse sentido, além do planejamento inicial que define o território, é necessário que a unidade desenvolva ações periódicas que permitam a atualização e acompanhamento da dinâmica da região coberta pela unidade básica. Além de levantamentos diretamente realizados junto à comunidade, um mecanismo indireto é a análise periódica do perfil da demanda, a partir dos dados registrados de rotina.

Os sistemas de informação além de permitirem um acompanhamento do conjunto das ações da rede básica por parte dos gestores dos diferentes níveis de gestão (municipal, estadual ou federal), também devem alimentar iniciativas locais de avaliação e aprimoramento das ações.

Os principais sistemas de informação utilizados pelas unidades e os dados que possuem registros de rotina podem ser observados na Tabela 7.

Tabela 7 – Sistemas de informação e dados registrados de rotina em 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.

Sistemas de informação utilizados para registro das informações	N	%
SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica)	85	54,1
e-SUS/SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica)	72	45,9
Sistema de informação próprio do município	76	48,4
GIL (Gerenciamento de Informações Locais)	5	3,2
SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação)	101	64,3
SIS Pré-Natal (Sistemas de Informação em Saúde Pré Natal)	109	69,4
SIS HIPERDIA (Sistemas de Informação em Saúde de Hipertensão e Diabetes)	50	31,8
Outros sistemas de informação	33	21,0
Não alimenta nenhum sistema de informação	8	5,1
Dados que possuem registro de rotina		
Número de procedimentos	156	99,4
Consultas por faixa etária	121	77,1
Consultas médicas	151	96,2
Consultas de enfermagem	145	92,4
Consultas odontológicas	124	79,0
Consultas por equipe multiprofissional	63	40,1
Número de grupos realizados	94	59,9
Faltas em atendimentos agendados	62	39,5
Primeiro atendimento no ano (por paciente)	40	25,5
Número de pacientes atendidos	143	91,1
Número de vacinas realizadas	115	73,2
Número de coletas de papanicolaou	136	86,6
Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea)	129	82,2
Número de visitas domiciliares	129	82,2
Outros	11	7,0
Não existe registro de dados	1	0,6
Utilização dos dados da produção assistencial		
Utilizados pela Unidade e gestão municipal para orientar e planejar as ações	131	83,4
Disponibilizados, mas utilizados somente pela gestão municipal	18	11,5
Utilizados somente pela Unidade para orientar e planejar as ações	3	1,9
Não são utilizados	5	3,2
Utilização dos dados epidemiológicos		
Utilizados pela gestão municipal e pela unidade para planejamento	143	91,1
Para planejamento pela gestão municipal, mas não são apropriados pela unidade	9	5,7
Não são utilizados	5	3,2

Um número diversificado de dados registrados de rotina podem ser utilizados pelas próprias unidades para avaliação e organização/ reorganização das ações, tais como: número de procedimentos, consultas por faixa etária, grupos realizados, faltas em atendimentos agendados, número de atendimento de casos “extras”. São informações que devem ser de fácil acesso para a unidade e de grande relevância no processo de planejamento e monitoramento do trabalho, por meio de discussões em equipe, a fim de corrigir, aprimorar ou manter as ações desenvolvidas pela unidade.

Em relação ao modo pelo qual as unidades realizaram levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos, 70,7% (111) referem ter feito por meio de dados dos programas (Pré-natal, atenção à criança, atenção a hipertensos e diabéticos, entre outros); 15,3% (24) realizaram com dados do perfil dos casos extras; 8,9% (14) por meio de estudos na comunidade; 5,7% (9) estudos antigos que não foram atualizados e 21,0% (33) referem não ter realizado nenhum tipo de levantamento.

Guimarães e Évora (2004), reforçam que o levantamento periódico de dados da realidade local deve ser considerado na organização e tomada de decisão no processo de trabalho, para uma melhor resolubilidade. A equipe como um todo é responsável pela coleta sistemática de dados, mas cabe ao gerente ou coordenador da equipe a iniciativa de utilizar e democratizar o acesso da informação gerada para o conjunto da equipe.

Utilizar a informação (SIA, SIAB, Indicadores) para priorizar ações de saúde no território, foi citado por gerentes, no estudo de Bloise (2015), entre as atividades mais importantes e priorizadas no monitoramento do trabalho dos gerentes junto a suas equipes. Nesse sentido, propostas para ações devem considerar os levantamentos de dados da realidade, pois estes fornecem um diagnóstico local, possibilitando o monitoramento e a posterior avaliação dos resultados obtidos (GUIMARÃES; ÉVORA, 2004).

A participação em um ou mais processos avaliativos é referida pela quase totalidade dos serviços: a mais citada foi o processo de avaliação do Programa Nacional de Melhoramento do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ): 48,4% (76); vindo a seguir as avaliações organizadas pela gestão municipal 39,5% (62); Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ): 33,8% (53); sistema QualiAB: 28,7% (45); avaliações organizadas pela

própria unidade: 19,7% (31); outras: 3,8% (6). Somente 17,2% (27) não participaram de nenhum processo avaliativo.

Entre as unidades que realizaram avaliações os principais desdobramentos apontados foram: planejamento e reprogramação das atividades com participação da equipe multiprofissional, 30,8% (40) e a definição de um plano anual de atividades em 29,2% (38) das unidades. Destaca-se que 21,5% (28) das unidades referem que não tiveram acesso aos resultados das avaliações em que participaram.

Quanto às modificações induzidas pelas avaliações, a mais referida é de mudanças no gerenciamento e organização da assistência em 64,6% (84); 16,12% das unidades (21) declararam que não houve modificações.

Os processos de avaliação de serviços de atenção básica vem sendo valorizados e difundidos tanto no campo da pesquisa como em iniciativas governamentais, com o uso de diferentes instrumentos, em busca de melhorar a qualidade da atenção realizada (CASTANHEIRA et al, 2015). Trata-se de um processo intencional, técnico e político, além de uma responsabilidade ética e social que exige a adesão tanto de gestores municipais como do conjunto dos profissionais que atuam nas unidades, dos quais a coordenação local é um elemento estratégico.

A avaliação, segundo Vaughan (2004), é essencial em saúde pública, pois é uma ferramenta que possibilita analisar se programas e ações adotados estão sendo eficazes, com isso evitar ou parar o desperdício de recursos com programas e ações ineficazes ou mesmo a continuação de práticas que possam causar mais prejuízos que benefícios. Ao avaliar o desempenho de programas nos serviços é preciso avaliar também determinantes como estruturas, recursos (humanos e materiais) e processos. (DONABEDIAN, 1996; VIACAVA et al., 2004)

A PNAB prevê a avaliação da Atenção Básica, e traz as competências das diferentes esferas de governo, sendo: o Ministério da Saúde o responsável por: “Definir, de forma tripartite, estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da atenção básica”; as Secretárias Estaduais e o Distrito Federal são responsáveis por: “Definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da atenção básica”; sendo competência das secretárias municipais: “Definir estratégias de institucionalização da avaliação da atenção básica”. (PNAB, 2012).

A PNAB também traz atribuições para todos os profissionais da equipe de saúde: “Realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis”. (PNAB, 2012).

A avaliação não é um momento único, pois, por ser capaz de levantar deficiências, seus resultados possibilitam uma análise que permite confirmar ou reformular ações já desenvolvidas (CARVALHO; BURRALLI; ROSENBURG, 2000). Assim, ao observar que 83,8% dos serviços realizaram mudanças no gerenciamento e organização da assistência como desdobramentos de avaliações, intui-se que os serviços estão não só avaliando como também realizando análises de suas avaliações.

As reclamações dos usuários podem ser feitas: em 77,7% (122) das unidades diretamente para a direção local da unidade; 54,8% (86) por caixa ou livro de sugestão/reclamações; 54,1% (85) por sistema de ouvidoria da SMS; 45,2% (71) por linha telefônica municipal específica para reclamação/sugestão; 31,8% (50) diretamente com o nível central e 27,4% (43) no Conselho Municipal de Saúde. Somente 1,9% (3) dos serviços referiram não possuir canais de reclamação.

Dos serviços estudados 45,9% (72) referiram não ter conselho local de saúde instalado. Entre os que têm conselho local de saúde os principais temas abordados nas reuniões do conselho no último ano foram: 71,8% (61) problemas relativos ao atendimento, 51,8% (44) diagnóstico e priorização dos problemas do território; 50,6% (43) planejamento de atividades educativas na comunidade e 31,8% (27) conferência municipal de saúde. Em 5,9% (5) das unidades, embora o conselho esteja constituído, não houve reunião no último ano.

Este percentual de 45,9% de serviços sem conselho local de saúde chama a atenção, pois a participação social na gestão do SUS, que deve ocorrer por meio de conselhos de saúde é assegurada pela Constituição Brasileira (Capítulo da Seguridade Social, artigo 198) e pela Lei nº 8.142 de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Também a PNAB recomenda que as UBS possuam conselhos/colegiados compostos por gestores locais, profissionais de saúde e usuários, por ser necessário para a realização das ações de Atenção Básica e viabilizar a participação social na gestão da UBS. E esta participação visa a garantia da gestão democrática dos serviços de saúde (BRASIL, 1998; 1990; XAVIER, 2007).

Embora possua seguridade Constitucional e seja altamente recomendada, a constituição de conselhos de saúde sempre foi um desafio, mesmo nos diferentes níveis (nacional, estadual, municipal e local). Outro ponto que o conselho traz é a ampliação do trabalho em equipe, uma vez que entra mais um ator: o usuário do serviço que, quando não bem preparado pode criar dificuldades no diálogo e conflitos de interesses (BRASIL, 2009a).

A forma predominante pela qual as unidades se relacionam com o nível central (Secretaria/Diretoria) se dá por meio de reuniões agendadas de acordo com o surgimento dos problemas em 43,3% (68); reuniões periódicas e/ou visitas para supervisão técnica programada em 40,1% (63); por comunicação escrita ou por internet em 7,6% (12); por visita eventual de supervisão em 3,8% (6) e 5,1% (8) das unidades não possuem mecanismos formais de articulação com o nível central. Esses dados reforçam a relativa autonomia do nível local na tradução e execução do plano municipal de saúde, em que pese a importância da existência de mecanismos de diálogo e supervisão.

O apoio dado pela Secretaria Municipal de Saúde foi apontado pelos gerentes, no estudo de Ximenes Neto e Sampaio (2008) como um aspecto facilitador do trabalho gerencial e a falta dele foi lembrada entre os itens dificultadores do trabalho gerencial, apontando para a importância deste relacionamento no sucesso ou fracasso do trabalho, especialmente em relação ao projeto de saúde proposto pela gestão municipal e pactuado na Conferência Municipal de Saúde em cada município, de acordo com o previsto na PNAB e no SUS.

II.3 Acesso e composição da rede de atenção

A Atenção Básica é prevista como a articuladora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e deve contar com serviços de referência para encaminhamento de pacientes quando houver necessidade. Starfield (2002), coloca que estes serviços especializados são mais caros e menos acessíveis, ressaltando a importância da integração entre eles, condição básica para a constituição das RAS.

A articulação regional entre serviços de atenção básica e serviços especializados deve garantir não apenas o acesso por meio de um sistema de referência e contra-refêrencia, mas além disso, a constituição de uma rede regional integrada por um mesmo projeto de atenção à saúde. Em outras palavras, a atenção

em rede exige uma articulação orgânica e de corresponsabilidade entre os serviços, que assim têm em conjunto uma mesma missão com papéis específicos. (MENDES, 2011).

Nas regiões de saúde com vários municípios, a construção da rede regional de modo a articular os serviços das redes básicas de cada um com serviços de diferentes complexidades de caráter regional, depende da construção de pactos de cooperação intermunicipal definidos nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) (BRASIL, 2009).

De fato, a presença de serviços com diferentes complexidades que cubram o conjunto das necessidades de atenção à saúde numa determinada região é condição para a constituição de uma RAS, mas não garante sua existência. Do mesmo modo, a pactuação construída na CIR só ganha organicidade quando efetivada pelos serviços que a compõem. Nesse sentido, o papel da rede básica de coordenação da RAS exige que as unidades básicas assumam essa responsabilidade, ainda que ela seja interdependente da postura dos demais serviços e da pactuação realizada pelo gestor municipal.

Os dados apresentados na Tabela 8, referem-se aos serviços aos quais as unidades têm acesso. Representam assim tanto a condição para uma atenção em rede como o resultado das pactuações realizadas, especialmente quando se tratar de serviços de caráter regional.

Tabela 8 – Constituição de rede de apoio técnico e social para 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.

Serviços de Apoio Municipais ou Regionais	N	%
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	38	24,8
Equipes multiprofissionais	44	26,8
CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)	149	92,4
CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)	76	46,5
CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)	108	66,2
Serviços de atenção ao idoso	47	28,7
Serviços de atenção à criança	41	24,2
Serviços de atenção à mulher	59	35,7
Ambulatórios de especialidades	80	50,3
Ambulatório Médico de Especialidades – AME	67	40,1
CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador)	79	49,0
Organização Não Governamental – ONG	24	15,3
Ações comunitárias ligadas a igrejas	26	16,6
Outros	11	7,0
Não tem acesso a serviços de apoio	4	2,5

O acesso ao CRAS, que é um serviço municipal, representa uma conquista por apontar a possibilidade de ações intersetoriais. Ganha destaque como ainda é baixo o percentual de unidades que possuem acesso a serviços de apoio responsáveis por matriciamento, como NASF e equipes multiprofissionais, e para encaminhamento dos usuários, como ambulatório de especialidades e serviços especializados para atenção a grupos específicos, como idosos e crianças.

Em relação ao acesso para especialistas, o tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta nos serviços de referência concentra-se, no presente trabalho, entre 1 e 3 meses, considerando-se como principais especialidades: oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, gastroenterologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria e fisioterapia. Dado compatível com o trabalho de Rodrigues (2009), que estudou a implantação do sistema de referência e contra-referência de consultas especializadas em Alfenas/MG, e mostrou um tempo médio de 43,2 dias. Embora não apresente dados quantitativos o artigo de Pontes et al. (2009), refere que há insatisfação dos usuários em relação ao tempo exigido para o acesso aos serviços especializados, esta insatisfação dos usuários também foi identificada no estudo de Souza et al. (2008).

O acesso a outros serviços é muito valorizada pelas UBS. A garantia de encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção foi citada pelos gerentes, no estudo de Bloise (2015), entre as atividades mais importantes e priorizadas no monitoramento do trabalho dos gerentes junto a suas equipes. Nessa mesma direção, a articulação intersetorial é reconhecida pelos gerentes, no trabalho de Penna e et al. (2004), como sendo de fundamental importância para atender às demandas visando a resolubilidade dos problemas apresentados e a valorização do trabalho em equipe.

Mesmo quando há disponibilidade de serviços de referência, a falta de contra referência por parte dos serviços especializados é colocada como um obstáculo para a melhoria da qualidade da atenção por 51,0% (80) das unidades. Enquanto a falta de retaguarda de serviços especializados para referência foi citado por 32,5% (51) dos serviços (Tabela 10). A dificuldade com os fluxos de referência e contra referência expõe a dificuldade existente de trabalhar em rede, mesmo quando existem mecanismos de acesso a serviços de referência.

II.4 Matriciamento (apoio técnico continuado realizado por equipe externa)⁷ e qualificação profissional

Contam com matriciamento 61,8% (97) das unidades. Entre estes serviços o matriciamento é feito por: equipe multiprofissional 50,5% (49), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) 25,8% (25) e por outro serviço 23,7% (23).

O matriciamento possibilita a integração entre os membros das unidades e os profissionais especializados, permitindo a troca de conhecimentos e experiências de trabalho entre diferentes especialidades e profissionais da atenção básica, de modo a ampliar a retaguarda assistencial e a construir um suporte técnico-pedagógico sistemático. O matriciamento difere da supervisão, por sua participação ativa na construção de projetos terapêuticos e por se constituir numa ferramenta que se propõe a impulsionar o processo de transformação da realidade das equipes e das comunidades onde essas atuam. (CAMPOS; DOMITTI, 2007; FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Assim o matriciamento pode representar uma importante ferramenta para a superação de dificuldades e apoio ao processo de trabalho na Atenção Básica.

Em relação a estratégias de capacitação e formação continuada, somente uma unidade referiu que nenhum profissional participou de treinamento, congresso, curso ou reunião científica no último ano. O profissional que mais participou de alguma dessas atividades foi o enfermeiro em 93,6% (147) das unidades, seguido pelo médico 70,1% (110) e pelo auxiliar/técnico de enfermagem com 61,8% (97). Em 31,8% (50) das unidades o pessoal administrativo também participou de alguma atividade de formação.

Chama a atenção a participação do pessoal administrativo em atividades de formação, o que deve ser valorizado positivamente, uma vez que esses profissionais dão suporte às atividades fim das unidades e muitas vezes atuam na recepção direta dos usuários prestando informações e orientando o fluxo, o que requer, em todas as situações, conhecimento a participação no projeto desenvolvido pela unidade.

Tiveram destaque como temáticas de formação: DST e aids, saúde da mulher e acolhimento à demanda espontânea, conforme Tabela 9.

⁷ “Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas” (FIGUEIREDO; CAMPOS 2009).

Tabela 9 – Temáticas abordadas nas diferentes estratégias de formação referidas por 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB, 2014.

Temas Abordados	N	%
Acolhimento e atenção à demanda espontânea	85	54,1
Saúde da mulher	99	63,1
DST e Aids	113	72,0
Saúde da criança	69	43,9
Saúde do homem	57	36,3
Saúde do idoso	52	33,1
Saúde mental	60	38,2
Violência (doméstica, sexual, outras)	34	21,7
Uso abusivo de álcool e outras drogas	56	35,7
Outros	26	16,6
Não realizou atividades	5	3,2

Outros temas citados por 26 unidades foram: tuberculose (8); vacina (7); curativo (2); exame do pezinho (2); prontuário eletrônico (2); biossegurança (2); dengue (2); urgência e emergência (2), ebola, saúde do adolescente, saúde da gestante, investigação de óbito neonatal e materno, Programa Saúde na Escola, hipertensão arterial, diabetes, relações interpessoais, formação técnica para agentes comunitários, sistema de informação, gerência de unidade de saúde.

As capacitações citadas representam estratégias de formação de impacto limitado em relação a propostas mais ambiciosas, como as de educação permanente, que pretendem avançar na implementação de mudanças nas práticas de atenção à saúde na direção das proposições da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) e da PNAB (BRASIL, 2012).

A educação permanente, enquanto aprendizado em serviço ou ação pedagógica no trabalho, é definida como estratégia que desloca o cenário de ensino aprendizado para o processo de trabalho, saindo do modelo escolar “bancário” (BRASIL, 2009c). Nesse sentido, a implementação de ações de matriciamento se aproxima mais dos pressupostos da Educação Permanente do que as formas mais tradicionais de atualizações e capacitações em temas específicos. No entanto, a maior disponibilidade de acesso a cursos, mesmo em formatos mais tradicionais, devem compor o conjunto de medidas de valorização e qualificação dos diferentes

profissionais, desde que estejam associadas à implementação de mudanças na organização do trabalho.

A falta de educação permanente foi identificada, pelos gerentes, como fator dificultador do gerenciamento nos estudos de Vanderlei e Almeida (2007) e de Ximenes Neto e Sampaio (2008). Neste segundo estudo a educação permanente foi também referida como “algo importante” para o gerenciamento. Ainda no estudo de Bloise (2015), estimular ações de educação permanente foi citado entre as atividades mais importantes e priorizadas no monitoramento do trabalho dos gerentes junto as suas equipes. Estes estudos evidenciam a educação permanente como uma importante ferramenta na Atenção Básica.

III GESTÃO DA UNIDADE

A partir de uma aproximação progressiva com ações mais diretamente vinculadas à gestão da unidade, apresentam-se a seguir os dados subdivididos em coordenação do trabalho e organização do fluxo assistencial. Também nesse núcleo temático a interface entre a gerência local e a gestão municipal fica colocada, mantida a valorização do grau de autonomia sempre presente no nível local.

III.1 Coordenação do trabalho

Somente 3,2% (5) das unidades referiram não realizar reunião de equipe. Entre as 152 unidades que realizam reunião de equipe: 15,1% (23) relataram que as reuniões não possuem periodicidade; 7,9% (12) referiram periodicidade bimestral ou maior e 77,0% (117) possuem periodicidade, das quais 60 são semanais; 18 quinzenais e 39 mensais.

As principais pautas destas reuniões no último ano foram: discussões de rotinas da unidade em 92,1% (140), organização do trabalho: avaliação, implantação de novas ações em 88,8% (135), informes 83,6% (127), atualizações técnicas 67,1% (102), discussão de casos 62,5% (95), conflitos interpessoais 61,8% (94).

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Carvalho et al. (2014) onde as reuniões de equipe ocorreram em 98,1% (106) das unidades, entretanto, com uma maior concentração de unidades com reuniões com periodicidade mensal 59,8% (64).

Os principais obstáculos a um bom desempenho das unidades básicas e que dificultam a coordenação do trabalho estão listados em ordem decrescente na Tabela 10. Chama a atenção que a maior concentração de respostas encontra-se em itens “externos” à governabilidade da própria unidade, tais como, falta de recursos humanos e de espaço físico ou mesmo “inadequação” na postura dos usuários. Questões mais internas à organização do trabalho foram apontadas com menor frequência, como dificuldade em realizar um trabalho em equipe ou falta de capacitação ou compromisso de diferentes profissionais.

Tabela 10 – Principais obstáculos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde referidos por 157 UBS, localizadas em 41 municípios do centro oeste paulista. QualiAB 2014.

Principais obstáculos	N	%
Falta de contra referência por parte dos serviços especializados	80	51,0
Falta de recursos humanos	75	47,8
Inadequação do espaço físico	73	46,5
Excesso de demanda	71	45,2
Inadequação da postura dos usuários	70	44,6
A má remuneração dos profissionais	70	44,6
Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura	61	38,9
Falta de retaguarda de serviços especializados para referência	51	32,5
Falta de mobilização da comunidade	46	29,3
Necessidade de informatizar o registro de dados	43	27,4
Não-cumprimento do horário médico	33	21,0
Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência	33	21,0
Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de prefeito ou secretário	32	20,4
Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal	31	19,7
Falta de realização de um trabalho em equipe	23	14,6
Falta de compromisso dos profissionais médicos	22	14,0
Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário	20	12,7
Falta de medicamentos	14	8,9
Não existem obstáculos importantes	13	8,3
Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de Saúde Bucal – SB	12	7,6
Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário	8	5,1
Outros	6	3,8

Outros estudos confirmam a identificação por parte dos gerentes de alguns desses obstáculos, como inadequação da estrutura física da unidade, má remuneração, falta de recursos humanos, escassez de recursos materiais, demanda excessiva, falta de compromisso de alguns membros da equipe (FALCÃO; SOUZA, 2011; XIMENES NETO; SAMPAIO, 2008).

Assim, ao observar a tabela 10, fica evidente a complexidade do gerenciamento local com relação aos obstáculos e dificuldades para a efetivação de um serviço de qualidade apontados pelos próprios gerentes também no presente estudo.

III.2 Organização do fluxo da assistência

Para caracterização da organização do fluxo assistencial foram destacadas questões relacionadas às estratégias de agendamento e de atendimento à demanda espontânea, e a medidas que viabilizam ações de vigilância em saúde.

O agendamento de consulta nos serviços é feita: em 38,2% (60) dos serviços com hora marcada para cada paciente; em 36,6% (57) para todos os pacientes no início do turno; 19,7% (31) para grupo de pacientes por hora e em 5,7% (9) dos serviços as consultas não são agendadas, pois trabalham somente com demanda espontânea.

Ganha destaque a permanência de um elevado número de serviços que mantem o agendamento de todos os usuários no início de cada período de atendimento, pois representa a manutenção de uma prática tradicional nos serviços e que conta com a ocorrência de uma elevada proporção de faltas prevendo o encaixe da demanda espontânea.

O atendimento da demanda espontânea não é realizado em 2,5% (4) dos serviços. Nos serviços que realizam o atendimento (153) o fluxo é organizado da seguinte forma: em 47,1% (72) dos serviços o atendimento é definido por triagem médica ou de enfermagem, segundo critérios de gravidade e/ou evolução aguda; 29,4% (45) na própria recepção que orienta o fluxo e encaminha ou não para atendimento; 20,9% (32) por auxiliar ou técnico de enfermagem com supervisão, segundo critérios de risco e/ou vulnerabilidade e 2,0% (3) por médico ou enfermeiro segundo o protocolo de estratificação de risco.

Garantir o acesso ao atendimento da demanda espontânea foi citado por gerentes, no estudo de Bloise (2015), como uma das atividades mais importantes e priorizadas no monitoramento do trabalho dos gerentes junto as suas equipes. A UBS é a principal porta de entrada no Sistema de Saúde, acolher esta demanda possibilita a criação de vínculo com a Unidade de Saúde e assim gradativamente o estabelecimento de um cuidado com longitudinalidade.

A utilização de critérios de risco e de vulnerabilidade mostra-se adequada. O questionamento que deve ser feito é como conseguir que a garantia de atendimento à livre demanda seja, de fato, uma medida de cuidado integral e não uma simplificação da assistência, tornada pontual e dirigida à queixa e que substitua medidas de seguimento longitudinal, especialmente às pessoas que vivem com patologias crônicas. A tendência à transformação de unidades básicas em serviços de pronto atendimento vem sendo apontada por diferentes autores. (REF)

A presteza na avaliação dos resultados de exames permite a pronta identificação de resultados alterados, viabilizando a convocação do usuário, sempre que a alteração identificada represente uma condição de risco. Nesse sentido é um mecanismo que compõe as ações de vigilância em saúde. Aguardar a vinda, agendada ou espontânea, para então verificar o resultado do exame pode postergar medidas de cuidados ou representar a não checagem do exame solicitado.

No presente estudo, avaliação dos resultados dos exames é feita quando chegam na unidade em 56,7% (89) dos serviços; são avaliados quando o paciente comparece para atendimento em 28,7% (45); quando os resultados chegam na unidade, mas apenas para os exames considerados prioritários (mamografia, exames do pré-natal, exames de urgência, entre outros) 11,5% (18) e no dia agendado para a consulta mesmo que o paciente falte em 3,2% (5).

A convocação de faltosos também representa uma medida de apoio à vigilância em saúde. É feita nas seguintes condições: para gestantes em 77,7% (122) das unidades; para vacinação em 75,8% (119); resultado de exames alterados em 73,9% (116); para tuberculose ou hanseníase em 70,7% (111); recém nascido de risco 61,8% (97); recém nascido 55,4% (87); revisão pós parto/puerpério e adulto crônico (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) com risco de complicação 52,2% (82); não é feita a convocação de faltosos em 5,7% (9) unidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos aspectos centrais que se coloca para o presente estudo é a importância e o papel hoje atribuídos ao gerenciamento local das unidades básicas de saúde. O SUS, o processo de municipalização e a definição da estratégia de saúde da família como principal estratégia de organização do modelo assistencial, definiram um novo contexto para os serviços de atenção primária e também para o gerenciamento local, em relação ao período histórico anterior.

Entre os anos 70 e 80, majoritariamente sob gestão estadual no ESP, as unidades de atenção primária – os Centros de Saúde – tinham na gerência, realizada pelos médicos sanitaristas, uma estratégia técnico política de implantação do modelo proposto a partir da Reforma Leser. A proposta baseava-se, em linhas gerais, na horizontalização dos programas verticais, como os de tuberculose, hanseníase, de puericultura e pré-natal, implementando a programação como principal dispositivo tecnológico de atenção à saúde, que incluía o seguimento médico sanitário e o atendimento à demanda eventual (ou seja, não agendada). Uma importante diretriz era a de “normatização centralizada e execução descentralizada” (NEMES, 1990).

No contexto após a implantação do SUS com a responsabilização dos municípios pela atenção primária, agora renomeada como atenção básica, amplia-se a rede de serviços desse nível de atenção, com a implantação de novas unidades, segundo a estratégia de saúde da família, e a municipalização dos antigos Centros de Saúde do estado e dos postos do INAMPS. Esse novo cenário coloca também um novo papel para a coordenação das unidades aproximando gestão municipal e gerência das unidades básicas de saúde.

A produção bibliográfica sobre a organização dos serviços de saúde na atenção primária, centra esforços em discutir o novo modelo assistencial, sua complexidade própria, a equipe de saúde da família e seu papel na atenção integral à saúde, ao lado da importância da atenção primária na coordenação da rede de atenção à saúde. A gerência das unidades parece perder sua importância estratégica, deslocando-se o debate para a gestão municipal e para o trabalho da equipe local como um todo, especialmente a equipe de saúde da família.

Assim como aos esforços de municipalização seguiu-se a necessidade de investir no processo de regionalização, por analogia, aos debates sobre a

organização e atribuições das equipes, coloca-se agora a necessidade de retomar o debate sobre o gerenciamento local.

A gestão democrática e participativa prevista na PNAD assenta-se também na possibilidade de uma coordenação local que viabilize esse processo junto às equipes. Não se trata da defesa de uma estrutura hierarquizada mas sim da necessidade da definição de papéis imprescindíveis a uma organização, mesmo na horizontalizada e democrática.

Uma visão geral dos resultados permite retomar algumas questões que reforçam pontos já assinalados, levantando-se aspectos para o debate e futuras investigações relativas à gestão de serviços de atenção primária.

A baixa articulação entre gestão municipal e gerência local fortalece a percepção sobre a relatividade da autonomia local.

Embora a estrutura dos serviços não seja o processo mais importante na determinação da qualidade, sua falta torna-se um obstáculo para a coordenação local que acaba se desgastando em “apagar incêndios” para suprir as demandas de equipamentos e materiais, incluindo equipamentos necessários para o suporte imediato a situações de urgência e emergência (falta carrinho, ECG, acesso a ambulância) e de ajustar os espaços e condições para as diferentes situações que surgem no dia a dia.

Um quarto dos serviços não dispensam medicamentos e não realizam vacinação. A centralização dessas atividades pode dificultar o acesso da população a esses recursos.

O QualiAB aborda centralmente indicadores de processos que, mais do que os de estrutura e de resultados, estão sob a gestão dos gerentes e equipes locais dos serviços, o que os posiciona melhor para compor iniciativas de melhoria da qualidade (BROOK et al., 2011). Pesquisa avaliativa realizada por Monti (2016) com uso do instrumento QualiAB aplicado no ano de 2010 em 2735 unidades básicas de saúde do estado de São Paulo, avaliou duas grandes dimensões: gerenciamento local e gestão da assistência, a partir de variáveis próximas às utilizadas no presente trabalho para estudo da gerência. Os dados analisados mostraram que essas duas dimensões têm associação diretamente correspondente – um maior desempenho da gerência está associado a um melhor desempenho da assistência e vice versa.

Para Castanheira (1996) o papel do gerente é fundamental e só possível de exercer, se a gerência estiver, de fato, inteirada e “aliada” ao trabalho direto. Nesse

mesmo sentido, o estudo de Fischer et al. (2014) aponta a gerência das unidades básicas como tendo papel significativo na atividade fim, pois suas ações e decisões impactam diretamente na qualidade do serviço prestado.

É possível exercer uma gestão compartilhada e descentralizada, por meio do empoderamento da equipe, partilha e delegação de tarefas e envolvimento com a sociedade. Nesse sentido, pode-se dizer que um bom processo de gerência local é aquele que articula competência técnica e sensibilidade política, tem capacidade de dialogar com o cidadão, de considerar elementos do contexto, de mobilizar a equipe, de fomentar a coprodução do bem público "saúde", de ser responsivo, responsável, ao mesmo tempo com boa capacitação técnica, e comprometimento com metas e qualidade dos serviços (Fischer et al, 2014).

No presente estudo apenas 30% dos serviços possuem área de abrangência definida por planejamento participativo. O registro de dados na Atenção Básica ainda é centrado na produção médica e de enfermagem, havendo uma baixa proporção de registro e de conhecimento, de outras informações que auxiliam o planejamento local como: primeiro atendimento no ano, faixa etária, grupos, faltosos. É função gerencial a alimentação dos sistemas de informação e a manutenção de sua qualidade. Ainda na área de informações há a necessidade de levantamentos de dados na comunidade para conhecer o perfil da população da área de abrangência e a da demanda espontânea.

A promoção da formação de conselhos locais e a oferta de uma maior diversidade de canais de escuta das demandas dos usuários promoveria uma maior participação da população no planejamento das ações de saúde inclusive na definição das áreas de abrangência das unidades de saúde.

Uma das principais dificuldades enfrentada na Atenção Básica é a falta de recursos humanos com formação específica na área de gestão. Atualmente há uma multiplicidade de cursos de formação na área de gestão ao lado da sobrecarga dos que hoje assumem a gerência local das unidades básicas, indicando a possibilidade de absorção desses novos profissionais nas equipes de saúde, não apenas ao nível da gestão municipal, mas nas próprias unidades, ampliando a equipe multiprofissional.

Em que pese o grande número de iniciativas de formação na área de Saúde Pública/ Saúde Coletiva e de gestão de serviços de saúde, parece haver um descompasso entre o aparelho formador e a abertura de oportunidades de trabalho

na área pública, especialmente na atenção primária, que paradoxalmente parece manter profissionais com carência de formação específica.

Sobre as dificuldades de ampliação e diversificação da composição das equipes das unidades básicas acresce-se, além dos limites financeiros, aqueles relativos a carreira dos profissionais e incentivos à fixação em pequenos municípios. Sem entrar nesse específico debate, vale assinalar a necessidade de ampliação do financiamento da saúde, articulando recursos das três esferas de governo e de avançar no equacionamento e viabilização de propostas de carreiras regionalizadas para os profissionais do SUS, conforme já tem sido discutido (REF).

De fato, a atividade fim não pode ser secundarizada, mas é necessário recuperar quais são as atividades fim das unidades básicas em sua complexidade e diversidade. Atuar no território, planejar ações que respondam às necessidades de saúde local, desenvolver ações interativas de promoção e educação em saúde com usuários e na comunidade, manter atividades de educação permanente, entre outras ações, integram o conjunto das atividades fim e exigem equipes de composição adequada para que não se restrinjam a efetivamente ter como única atividade fim a assistência médica individual.

Fica claro que, em que pese a importância de se prover os serviços de Atenção Básica de uma estrutura adequada, as principais dificuldades encontram-se principalmente na falta de recursos humanos em quantidade e qualidade adequadas à importância e complexidade das funções desse nível de atenção, assim como, em seu elevado grau de isolamento, pois mesmo havendo instituições de retaguarda a integração entre elas ainda se constitui num grande desafio.

Para efetivação de uma Atenção Básica de qualidade cabe aos gerentes das unidades, com apoio técnico e político da gestão municipal, o papel de articular recursos e necessidades, em conjunto com a equipe e com a participação dos usuários.

Não há uma receita pronta para gerenciamento dos serviços de atenção básica em saúde, pois cada território possui uma realidade própria (conflitos, estrutura, organização social, perfil epidemiológico e demográfico), assim a gerência técnica faz-se necessária para uma melhor aplicação dos escassos recursos, organização das equipes e das ações de saúde, traduzindo o plano nacional de atenção à saúde em ações para a sociedade garantindo o direito do cidadão à saúde.

BIBLIOGRAFIA

AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Rev. Eletrôn. Enferm.**, v.10, n.1, p. 228-234, 2008.

AGUILAR, M. S.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALBERT EINSTEIN. Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2016. Disponível em:
<https://www.einstein.br/ensino/curso_tecnico/tecnico_em_gerencia_de_saude>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ALMEIDA FILHO, N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.

ANDRE, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. esp., p. 835-840, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Graduação em Saúde Coletiva em debate no Conselho Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. Disponível em:
<<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/graduacao-em-saude-coletiva-em-debate-no-conselho-nacional-de-saude/7161/>>. Acesso em: 15 jan 2017.

BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva. **Rev. Eletrôn. Enferm.**, v. 6, n. 1, p. 9-15, 2004.

BLOISE, M. S. **Os gerentes de unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro**: perfil, vivências e desafios. 2015. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

BOSI, M. L. M.; PAIM, J. S. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional da Educação. **Parecer CNE/CES nº. 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 28 dez 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CES N. 1, de 27 de Janeiro de 1999. Dispõe sobre os cursos seqüenciais de educação superior, nos termos do art. 44 da Lei 9.394/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 fev. 1999. Seção 1, p. 13. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0199.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=41271-cnct-3-edicao-pdf&category_slug=maio-2016-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do SUS de 06 de novembro de 1996 - NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília, 1998 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento**. Brasília; 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza. SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. PORTAL BRASIL. **Cursos sequenciais têm curta duração e oferecem qualificação superior**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/educacao/2012/02/cursos-sequenciais-tem-curta-duracao-e-oferecem-qualificacao-superior>> Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 jan. 2017

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. V. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 5, p. 907-914, 2014.

CARVALHO, B. G. et al. Gerência de Unidade de Saúde na Atenção Básica: quem faz e como faz. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais**. 2013. 22 p. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/orais/026.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

Carvalho, G.; Burralli, KO.; Rosenburg, CP. Avaliação de Ações e Serviços de Saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 24, p. 72-88, 2000

CASTANHEIRA, E. R. L. **A gerência na prática programática**. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 222-33.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Avaliação e Monitoramento de Serviços de Atenção Básica: atualização e validação do instrumento QualiAB para nível nacional**. Relatório Técnico. Botucatu, 2016. (Projeto CNPq Nº 485848/2012-0).

CASTANHEIRA, E. R. L.. **A gerência na prática programática**. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996, v. 4, p. 222-233.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. 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.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015. p.189-231.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, v. 20, p. 935-947, 2011.

COATTO, A.; TRALDI, M. C. Competências gerenciais do enfermeiro na atenção primária. **Saúde Colet.**, v. 8, n. 52, p. 180-186, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Comissão de Business Intelligence. **Produto 2: Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2011. Disponível em:<<http://www.cofen.gov.br/wp-ontent/uploads/2012/03/pesquisaprofissionais.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CROSS, S. The future: a primary care-led NHS. **Br. J. Commun. Nurs.**, v. 15, n. 4, p.177, 2010.

DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 37, n. 2, p. 89-96, 2003.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Técnico em Gerência em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017 Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-gerencia-em-saude>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FALCÃO, S. M. R.; SOUSA, M. N. A. Gerenciamento da Atenção Primária à Saúde: estudos nas Unidades Básicas. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 5, n. 6, p. 1510-517, 2011.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 520-527, 2010.

FERNANDES, L. C. L.; MACHADO, R. Z.; ANSCHAU, G. O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 1541-1552, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FISCHER, S. D. et al. Competências para o Cargo de Coordenador de Unidade Básica de Saúde. **TAC**, v. 4, n. 2, p. 117-131, 2014.

FRACOLLI, L. A.; EGRY, E. Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde?. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-18. 2001.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. **Desafios da média gerência na saúde**. Manual do Gerente: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Rio de Janeiro: Biblioteca de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, 2011. p. 208.

GUIMARÃES, E.; ÉVORA, Y. Sistema de informação: Instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciênc. Inform.**, v.33, n.1, p. 72-80, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-19652004000100009>. Acesso em: 18 dez 2016

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Brasília, 2016. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=35&search=sao-paulo>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

INSTITUTO FEDERAL DO PARÁ. **Tecnólogos em gestão de saúde**. Belém, 2017. Disponível em: <<http://belem.ifpa.edu.br/cursos/61-cursos/120-tecnologo-em-gestao-de-saude>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990.

KLIKSBERG, B. Uma gerencia pública para novos tempos. **Rev. Serv. Publ.**, v. 45, p. 110-132, 1994.

LOCH, S. **Tornar-se gerente**: a experiência vivida por médicos da família e da comunidade ao assumirem a gerência de unidades básicas de saúde. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MARSIGLIA, R. M. G. Comentário: curso de Saúde Pública em um semestre. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 778-779, 2006.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 7, p. 433-446, 1973.

MATHIAS, M. Trabalhadores de nível médio cuidam da gestão do SUS: Técnico em Gestão de Saúde atua no planejamento, controle e avaliação das políticas públicas. **Rev. Poli - Saúde, Educ. Trab.**, v. 1, n. 2, nov./dez. 2008.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 1, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **Sanare Rev Polít. Públ.**, v. 203, n. 1, p. 39-42, 2003

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MISHIMA, S. M. et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 251-96.

MONTI, J. F. C. **Associação entre gerenciamento local e a qualidade da gestão da atenção à saúde nas unidades de atenção básica em municípios do estado de São Paulo**. 2016. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. Atenção primária no sistema de saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 837-852, 2011.

MOTTA, P. R. **Manual sobre tendências contemporâneas em la gestión de la salud**. Washington: OPS, 1996. (Manual Operativo 1.1 v).

NASSER, M. A. **Avaliação de implementação de ações em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas em serviços de atenção primária à saúde no estado de São Paulo**. 2015. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NEMES, M. I. B. Ação Programática em Saúde: Recuperação Histórica de uma Política de Programação. In: SCHRAIBER, L. B.. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 1990, v. , p. 65-116.

NEMES, M. I. B. **Avaliação em saúde**: questões para o programa de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001.

OHIRA, R. H. F.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. F. P. A. Análise das práticas gerenciais na Atenção Primária à Saúde nos municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 11, p. 4439-4448, 2014.

OLIVEIRA DOS ANJOS, D. S. **Mercado de trabalho em saúde: expectativas para a inserção do profissional do bacharel em Saúde Coletiva**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 210 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

PENNA, C. M. M. et al. O trabalho do gerente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 8, n. 4, p. 455-463, 2004.

PERROW, C. B. **Análise organizacional**: um enfoque sociológico. São Paulo: Atlas, 1981.

PONTES, A. P. M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery**, v. 13, n. 3, p. 500-507, 2009.

PRONATEC – Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico. Técnico em Gerência de Saúde. **Blog pronatec.pro.br**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://pronatec.pro.br/tecnico-em-gerencia-de-saude/>. Acesso em: 15 jan. 2017.

RODRIGUES, L. B. B. **Avaliação da implantação da Referência e Contra-Referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas/MG**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado) - UNIFENAS, Alfenas, 2009.

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

SANTANA, J. P. (Org.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. 2016. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/redes-regionais-de-atencao-a-saude-rras/rras_mapa_final.jpg>. Acesso em: 23 jan. 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. s100-s110, 2008.

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

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, p. 1129-1133, 1994.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Série Saúde & Cidadania, 2). Apud PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 464-468, 2006.

UNINTER. CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL. **Graduação em Gestão em Saúde Pública a Distância**. 2017. Disponível em: <<http://uninter.com/graduacao-ead/cursos/tecnologicos/gestao-em-saude-publica>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **GESTÃO EM SAÚDE COLETIVA**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://unb2.unb.br/aluno_de_graduacao/cursos/gestao_em_saude_coletiva>. Acesso em: 15 jan. 2017.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2017 Disponível: <<http://www.fsp.usp.br/site/paginas/mostrar/938>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Mostra das profissões**. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<https://www2.ufmg.br/mostradasprofissoes/Mostra/Cursos/Ciencias-da-Saude/Gest.-de-Serv.-de-Saude>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI. **Processo Seletivo 2009**. 1 - Cursos Sequenciais Gestão em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2017 Disponível em: <http://cev.urca.br/content/PS/PSsequenciais20091_GestaoSaudePublica_PerfilCurso.php>. Acesso em: 15 jan. 2017.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **Am. J. Publ. Health**, v. 94, n. 3, p. 360, 2004.

VIACAVA, F. et al. metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v. 9, n. 3, p. 711-724.

WEIRICH, C. F. et al. O trabalho gerencial do enfermeiro na Rede Básica de Saúde. **Texto contexto – Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.

XAVIER, E. Garantia de um sistema de saúde universal e democrático. In: **Multimídia - Artigos**. Brasília, 7 ago. 2007. Disponível em: <<http://www.eudesxavier.org.br/artigos/143/07082007/Garantia+de+um+sistema+de+saude+universal+e+democratico.html>>. Acesso em: 25 set. 2015.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 1, p. 36-45, 2008.

YAMAUCHI, N. I. Qualidade gerencial do enfermeiro. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C. (Org.). **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. p. 29-40.

ZARILI, T. F. T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB**. 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

ANEXOS

I. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS GERAIS DO SERVIÇO

1. Esta unidade se caracteriza por ser:

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” = Unidade Básica sem Saúde da Família

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

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) Outra. Qual: _____

3. Localização geográfica da Unidade:

Assinale apenas uma alternativa

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

4. A área de abrangência da Unidade é definida:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Administrativamente pelo nível central da Secretaria de 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:

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 desses grupos populacionais no território

6. Quais os períodos de funcionamento da unidade:

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:

Assinale uma ou mais alternativas

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

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mesa para exame ginecológico
- 2) Equipamento odontológico
- 3) Geladeira exclusiva para vacinas
- 4) Carrinho de emergência
- 5) Desfibrilador
- 6) Cadeira de rodas
- 7) Quadro para informações
- 8) Televisão
- 9) Microcomputadores
- 10) Acesso à Internet
- 11) Acesso a sistema informatizado para alimentação de banco de dados
- 12) Prontuário eletrônico
- 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:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Sim. Quantas: _____
- 2) Não

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

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 na unidade (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:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Mais médico
- 2) Provac médico
- 3) Provac enfermeiro
- 4) Provac 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:

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) CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador)
- 12) ONG (Organização Não Governamental)
- 13) Ações comunitárias ligadas a igrejas
- 14) Outros. Quais: _____
- 15) Não tem acesso a serviços de apoio

13. Nessa Unidade o apoio técnico continuado realizado por equipe externa ao serviço (matriciamento) é feito por:

Assinale uma ou mais alternativas

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

14. Em relação ao número de consultas médicas informe:

Preenchimento

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

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

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:

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:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Número de procedimentos
- 2) Consultas por faixa etária
- 3) Consultas médicas
- 4) Consultas de enfermagem
- 5) Consultas odontológicas
- 6) Consultas por equipe multiprofissional
- 7) Número de grupos realizados
- 8) Faltas em atendimentos agendados
- 9) Primeiro atendimento no ano (por paciente)
- 10) Número de pacientes atendidos
- 11) Número de vacinas realizadas
- 12) Número de coletas de papanicolaou
- 13) Número de atendimentos "extras" (casos de demanda espontânea)
- 14) Número de visitas domiciliares
- 15) Outros. Quais: _____
- 16) Não existe registro de dados

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

Assinale apenas uma alternativa

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

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

20. A Unidade realizou levantamentos sobre a realidade local nos últimos três anos por meio de:

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)
- 3) Estudos na comunidade
- 4) Existem estudos antigos, que não foram atualizados
- 5) Não realizou nenhum tipo de levantamento

21. Nos últimos 3 anos, a Unidade participou dos seguintes processos avaliativos:

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:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Plano anual de trabalho da equipe, cumprindo exigências da secretaria
- 2) Planejamento e reprogramação das atividades realizadas com participação da equipe multiprofissional
- 3) Relatório dos problemas identificados para o nível central da secretaria municipal
- 4) A Unidade não teve acesso aos resultados da avaliação
- 5) Não foi realizada avaliação

23. Em que dimensões as avaliações realizadas resultaram em modificações na unidade:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Na organização da assistência
- 2) No gerenciamento do serviço
- 3) No gerenciamento e organização da assistência
- 4) Não houveram modificações
- 5) Não participou de nenhuma avaliação anterior

III. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Saúde bucal
- 7) Promoção do envelhecimento saudável
- 8) Saúde do Homem
- 9) Prevenção de doenças crônicas como HA e/ou DM
- 10) Prevenção de obesidade
- 11) Educação alimentar
- 12) Atividades físicas
- 13) Saúde e meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 14) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 15) Violências (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outras)
- 16) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 17) Tabagismo
- 18) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 19) Posse responsável de cães e gatos
- 20) Organização do SUS e participação social
- 21) Outras. Quais: _____
- 22) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

25. Como são realizadas as ações de educação em saúde NA COMUNIDADE (atividades "EXTRA MUROS"):

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizados em momentos específicos (como DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso, entre 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, entre outras)
- 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, entre outras)
- 7) Não realiza atividades na comunidade

26. As ações de educação em saúde desenvolvidas na UNIDADE, no último ano, abordaram os seguintes temas:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Prevenção do câncer ginecológico (útero/mama)
- 2) Prevenção de DST e aids
- 3) Prevenção de tuberculose e/ou hanseníase
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Aleitamento materno
- 6) Gestação e parto
- 7) Gestação na adolescência
- 8) Crescimento e desenvolvimento infantil
- 9) Climatério e menopausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Promoção do envelhecimento saudável
- 12) Saúde do Homem
- 13) Prevenção de doenças crônicas, como HA e/ou DM
- 14) Educação alimentar e obesidade
- 15) Atividades físicas
- 16) Preservação do meio ambiente (destinação de lixo, reciclagem, entre outros)
- 17) Prevenção de acidentes e doenças do trabalho
- 18) Violências (doméstica, sexual, maus tratos com crianças e idosos, entre outros)
- 19) Uso abusivo de álcool e outras drogas
- 20) Tabagismo
- 21) Controle da proliferação de vetores (dengue, leishmaniose, entre outros)
- 22) Posse responsável de cães e gatos
- 23) Organização do SUS e participação social
- 24) Outras. Quais: _____
- 25) Nenhuma atividade foi realizada nesse período

27. Como são realizadas as ações de educação em saúde para os usuários na UNIDADE:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em momentos específicos (DST/aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso, entre 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, entre outras)
- 4) Atividades em grupo que abordem outros temas
- 5) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários
- 6) Não realiza atividades de educação em saúde

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

Assinale uma ou mais alternativas

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

29. Atividades de educação em saúde com gestantes são desenvolvidas regularmente por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cartazes sobre temas da gestação na sala de espera
- 2) Palestras sobre temas da gestação sem grupos de pré-natal
- 3) Grupos periódicos para gestantes
- 4) Grupos periódicos para gestantes, parceiros e familiares
- 5) Distribuição de folder e panfletos educativos
- 6) Organização de visita prévia da gestante e de seu parceiro à maternidade
- 7) Não realizamos atividades educativas com gestantes

30. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em **instituições para crianças** (creches, escolas, entre outros) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Alimentação saudável e prevenção de obesidade
- 2) Vacinação
- 3) Educação em saúde bucal
- 4) Higiene pessoal
- 5) Prevenção de infecções parasitárias (escabiose, piolho, entre outros)
- 6) Avaliação de acuidade visual
- 7) Avaliação de acuidade auditiva
- 8) Prevenção de acidentes domésticos
- 9) Orientação para estímulos neuropsicomotor
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Posse responsável de animais
- 12) Não realiza atividades regulares em creches e escolas
- 13) Exclusão social e discriminação
- 14) Bullying
- 15) Prevenção das violências
- 16) Orientações contra o trabalho infantil
- 17) Sexualidade e educação sexual
- 18) Prostituição infantil
- 19) Não atende crianças

31. Os temas abordados pela Unidade nas atividades em instituições para adolescentes (escolas, parques, clubes, entre outras) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Desenvolvimento/mudanças na adolescência
- 2) Sexualidade, prevenção de DST/aids
- 3) Uso de álcool e drogas
- 4) Agressividade e conflito com a lei
- 5) Exclusão social e discriminação
- 6) Bullying
- 7) Violências doméstica e sexual
- 8) Prostituição na adolescência
- 9) Obesidade
- 10) Saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 11) Inserção no mercado de trabalho
- 12) Saúde e meio ambiente
- 13) Posse responsável de animais
- 14) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 15) Outros. Quais: _____

32. O público alvo das ações programadas de prevenção de DST/aids, realizadas pela Unidade, consiste em:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) População em geral durante campanhas
- 2) Grupos mais vulneráveis como caminhoneiros, profissionais do sexo, entre outros
- 3) Escolares de nível fundamental
- 4) Adolescentes em geral
- 5) Jovens e adolescentes em situação de vulnerabilidade social
- 6) Pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas
- 7) Comunidades rurais, indígenas ou quilombolas
- 8) Instituições na comunidade como centros de convivência
- 9) Não realizamos essas ações de forma planejada

III. 2. Atividades de rotina

33. Os procedimentos de rotina realizados por esta Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Vacinação
- 2) Inalação
- 3) Curativo
- 4) Coleta de exames laboratoriais (sangue e urina)
- 5) Pequenas suturas
- 6) Retirada de pontos
- 7) Hidratação por via venosa
- 8) Aplicação de tratamento endovenoso
- 9) Aplicação de tratamento intramuscular
- 10) Drenagem de abscessos

- 11) Troca de sonda vesical de demora
- 12) Aplicação de Penicilina Benzatina (Benzetacil)
- 13) Lavagem de ouvido
- 14) Outros. Quais: _____
- 15) Não realiza nenhum procedimento

34. As seguintes vacinas são aplicadas de rotina na Unidade:

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

35. Exames feitos na Unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Eletrocardiograma (ECG)
- 2) Glicemia de ponta de dedo (HGT)
- 3) Teste de gravidez na urina – tipo Pregnosticon ou β HCG
- 4) PPD (Teste tuberculínico)
- 5) Teste rápido para HIV
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Teste rápido para hepatite B
- 8) Teste rápido para hepatite C
- 9) Teste rápido de proteinúria
- 10) Detecção de neuropatia periférica com estesiômetro ou diapasão
- 11) Não realiza exame

36. Exames colhidos na Unidade:

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

37. Os resultados dos exames são avaliados:

Assinale uma ou mais alternativas

- 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, exames de urgência, entre outros)
- 5) Não são avaliados

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

Preenchimento

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

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

Assinale uma ou mais alternativas

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

40. Em relação à dispensação dos medicamentos previstos na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), pode-se afirmar que:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Todos os medicamentos essenciais previstos estão disponíveis, com exceção dos da farmácia de alto custo
- 2) Falta ocasional de medicamentos essenciais para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)
- 3) Falta ocasional de medicamentos para diabetes
- 4) Falta ocasional de medicamentos para hipertensão arterial
- 5) Falta ocasional de antibióticos mais utilizados
- 6) Falta ocasional de medicamentos para dislipidemias
- 7) A unidade encaminha o processo para medicamentos de alto custo
- 8) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

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

Assinale uma ou mais alternativas

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

42. Na rotina, o **critério utilizado para** dispensação de preservativos é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Conforme solicitação, para a população em geral
 - 2) Ficam expostos em local de fácil acesso para a população em geral
 - 3) Há controle com cota mensal igual para todos os pacientes
 - 4) Há controle com cotas maiores para a população vulnerável
 - 5) Não distribuimos preservativos nesta Unidade
-

43. O tempo médio de espera entre o encaminhamento e a consulta em serviços de referência para as seguintes especialidades é:

Preenchimento

ESPECIALIDADES	Tempo de espera					
	<1 mês	1 a 3 meses	4 a 6 meses	7 meses a 1 ano	+ 1 ano	Não Sabe
1) Oftalmologia						
2) Otorrinolaringologia						
3) Ortopedia						
4) Gastroenterologia						
5) Cardiologia						
6) Neurologia						
7) Psiquiatria						
8) Fisioterapia						

III. 3. Recepção e acolhimento

44. O fluxo de atendimento à demanda espontânea (pacientes “extras”) **regularmente** é definido a partir do seguinte processo:

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) Outros. Quais: _____
- 7) Não atende demanda espontânea

45. As opções de atendimento para os pacientes não agendados (“extras” ou “demanda espontânea”) são:

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 direto 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

46. 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:

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

47. As consultas médicas são agendadas:

Assinale apenas uma alternativa

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

48. Quando um usuário procura a Unidade para agendar consulta médica o **tempo médio** de espera entre o agendamento e a realização da consulta é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Até 1 semana
- 2) Entre 7 e 30 dias
- 3) Entre 1 e 3 meses
- 4) 4 meses ou mais
- 5) Realizada no mesmo dia, trabalhamos com demanda espontânea

III. 4. Saúde da Mulher

49. As ações **regularmente** desenvolvidas voltadas à saúde da mulher são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Pré-natal
- 2) Coleta de citologia oncótica (Papanicolaou)
- 3) Prevenção e controle das DST e Aids
- 4) Planejamento reprodutivo
- 5) Diagnóstico e acompanhamento de situações de violência doméstica e sexual
- 6) Atendimento ginecológico por médico geral ou ginecologista
- 7) Detecção precoce de câncer de mama
- 8) O serviço não desenvolve ações especificamente voltadas para a Saúde da Mulher

50. O exame de papanicolaou (citologia oncológica para diagnóstico precoce de câncer de colo de útero) é **rotineiramente** oferecido:

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 25-59 anos atendidas
- 4) A cada três anos, para todas as mulheres entre 25-59 anos residentes na área de cobertura, com dois exames anteriores normais
- 5) Durante campanhas ou mutirões para coleta de papanicolaou em mulheres entre 25-59 anos, com dois exames anteriores normais
- 6) Outros. Quais: _____
- 7) Serviço não realiza esse exame

51. A coleta do Papanicolaou é oferecida pelo serviço:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Todos os dias
- 2) Uma vez por semana
- 3) Duas ou mais vezes por semana
- 4) A cada 15 dias
- 5) Uma vez por mês
- 6) Depende da disponibilidade dos profissionais
- 7) Não realiza esse exame

52. Os resultados do exame de Papanicolaou são:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Arquivados nos prontuários ou em caixas e avaliados quando a paciente comparece à consulta
- 2) Checados quando chegam à Unidade e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 3) Registrados em livro ou fichas de controle, arquivados, e as pacientes com exames alterados são convocadas
- 4) Outros. Quais: _____
- 5) Não realiza esse exame

53. O **exame clínico de mama** (ECM) para a detecção precoce do câncer é oferecido de acordo com os seguintes **critérios**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Uma vez ao ano, para todas as 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 ou mutirões
- 6) Somente quando a paciente solicita o exame
- 7) Não é realizado na Unidade

54. A solicitação de mamografia é feita:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) No caso de mutirões organizados pela Secretaria de Saúde
- 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
- 5) Para todas as pacientes que solicitem exame
- 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

55. Quando o resultado do teste de gravidez é entregue para a paciente:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) à paciente e faz o agendamento do pré natal, se for o caso
- 2) A equipe informa o resultado (negativo ou positivo) e orienta o início do Pré Natal ou encaminha para cuidados preconcepcionais ou contraceção, a depender do caso
- 3) A equipe pergunta à mulher se a gravidez é desejada ou não, antes de dar o resultado e fazer os encaminhamentos necessários
- 4) Os resultados de teste de gravidez são entregues em outros serviços ou no local onde é realizado o exame

56. Após o diagnóstico de gravidez, as primeiras ações de pré natal são preferencialmente realizadas:

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

57. A proporção média de gestantes com início do pré natal no 1º trimestre é:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) 90% ou mais
- 2) Entre 90% e 80%
- 3) Entre 80% e 60%
- 4) menos de 60%
- 5) A unidade não dispõe destas informações

58. Qual é a média de consultas de Pré Natal de baixo risco por gestante no último ano?

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

59. Os exames solicitados de rotina para **todas** as gestantes durante o Pré Natal de baixo risco são:

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 para sífilis			
9) Sorologia para Sífilis			
10) Teste rápido para HIV			
11) Sorologia para HIV			
12) Sorologia para Rubéola			
13) Sorologia para toxoplasmose			
14) Sorologia para hepatite B			
15) Glicemia de jejum			
16) Teste de intolerância à glicose			
17) Ferro sérico			
18) Uréia			
19) Creatinina			
20) TGO, TGP			
21) Ultra-Som obstétrico			
22) Papanicolaou (colpocitologia oncológica)			
23) Bacterioscopia da secreção vaginal			
24) Outros			
Quais: _____			
<input type="checkbox"/> 24) Não são solicitados exames nesta Unidade <input type="checkbox"/> 25) Não realiza o pré natal			

60. As ações **regularmente** desenvolvidas no atendimento de pré natal abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Estado nutricional e do ganho de peso na gestação
- 2) Práticas alimentares saudáveis e atividade física
- 3) Riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas
- 4) Uso de medicamentos com menores efeitos sobre o feto
- 5) Avaliação das condições de trabalho
- 6) Escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais
- 7) Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico
- 8) Registro das informações em prontuário e no Cartão da Gestante e com preenchimento da Ficha Perinatal

- 9) Vacinação (tétano e hepatite B)
- 10) Suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico
- 11) Identificação das gestantes de alto risco
- 12) Orientações e estímulo ao aleitamento materno
- 13) Orientação e encaminhamento para atendimento odontológico
- 14) Realização de grupos educativos para gestantes adolescentes

61. No caso de gestação de alto risco, a gestante é:

Assinale apenas uma alternativa

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

62. Nos casos de gestante com diagnóstico de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

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

63. Nos casos de gestante com HIV positivo, o Pré Natal é realizado:

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

64. O atendimento no puerpério imediato (até 10 dias após o parto) é realizado:

Assinale apenas uma alternativa

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

65. As ações regularmente desenvolvidas nos atendimentos de **puerpério imediato (até 10 dias após o parto)** na Unidade abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Evolução da gestação (vivência, intercorrências, exames laboratoriais)
- 2) Histórico do parto (tipo, intercorrências, vivência, entre outros)
- 3) Presença de intercorrências pós parto (febre, hemorragia, aumento da pressão arterial, entre outros)
- 4) Aleitamento materno (frequência e duração das mamadas, satisfação do RN, cuidados com as mamas, entre outros)
- 5) Suplementação de Ferro
- 6) Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo)
- 7) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 8) Condições de nascimento do RN e orientações sobre cuidados básicos
- 9) Orientações para o atendimento de rotina do RN (vacinação, teste do pezinho, testes do olhinho e orelhinha)
- 10) Orientações sobre atividade sexual e contracepção
- 11) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas
- 12) Agendamento de consulta de puerpério tardio (até 42 dias pós parto)
- 13) Orientações sobre alimentação
- 14) A unidade não realiza consulta de puerpério imediato

66. As ações **regularmente** desenvolvidas nas consultas de puerpério tardio (até 42 dias após o parto) abordam os seguintes aspectos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação das condições de parto e puerpério imediato, caso este não tenha sido realizado na unidade.
- 2) Presença de intercorrências pós-parto (febre, hemorragia, mastite, entre outros)
- 3) Avaliação de sinais de sofrimento mental relacionado ao puerpério
- 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) Condições sócio familiares (rede de apoio, trabalho, estrutura para o cuidado do RN)
- 7) Orientações sobre direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas.
- 8) A unidade não realiza consulta de puerpério tardio

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

Assinale apenas uma alternativa

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

68. As estratégias utilizadas pela Unidade para deteccão da violência contra a mulher são:

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

69. Em caso de deteccão da violência contra mulher são realizados os seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e/ou CREAS
- 2) Denúncia à autoridade policial
- 3) Notificação compulsória
- 4) Acompanhamento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 5) Acompanhamento em grupo
- 6) Acompanhamento individual conforme protocolo
- 7) Encaminhamento para serviço de referência
- 8) Denuncia ao DISQUE 180
- 9) Outros. Quais: _____
- 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

70. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção às crianças são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação dos parâmetros de crescimento (peso, altura, entre outros)
- 2) Orientação sobre testes do pezinho, orelhinha e olhinho para o recém nascido
- 3) Orientação sobre aleitamento materno
- 4) Encaminhamento para banco de leite ou para acesso a leite modificado quando há contra indicação para aleitamento materno (HIV, entre outros)
- 5) Avaliação do perímetro cefálico (menor de um ano)
- 6) Orientação sobre alimentação (introdução de alimentos, tipo de oferta, entre outros)
- 7) Vacinação
- 8) Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
- 9) Registro do seguimento na caderneta da criança
- 10) Realização de espelho (cópia) em prontuário da caderneta da criança
- 11) Identificação de alterações na saúde (auditiva, visual, fala, linguagem, desnutrição e obesidade)
- 12) Vigilância de trabalho infantil
- 13) Saúde Bucal

- 14) Orientações para inscrição em Programas Sociais (Viva Leite, Bolsa Família, entre outros)
- 15) Diagnóstico e acompanhamento das infecções respiratórias na infância (IRA)
- 16) Orientação para prevenção de acidentes
- 17) Orientação sobre sexualidade e educação sexual
- 18) Diagnóstico e acompanhamento em saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 19) Identificação e acompanhamento de casos de violência doméstica e sexual
- 20) Não atende crianças

71. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para a SAÚDE DA CRIANÇA são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Instituições para crianças (creche, escolas, entre outros)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Bolsa Família, Viva Leite, entre outros)
- 6) Não desenvolve atividades planejadas para criança
- 7) Não atende crianças

72. O primeiro atendimento de um recém-nascido (RN) é mais frequentemente AGENDADO:

Assinale apenas uma alternativa

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

73. O atendimento de rotina da criança é realizado por meio de:

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Consulta médica agendada segundo calendário de consultas mínimas
- 2) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais
- 3) Somente a partir de demanda da mãe ou responsáveis
- 4) Consulta por profissionais da equipe (médico, enfermeiro e/ou dentista) segundo calendário programado em consultas individuais e em grupo com as mães e/ou pais
- 5) Não atende crianças

74. As atividades realizadas na Unidade de rotina com ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Acompanhamento do desenvolvimento e mudanças na adolescência
- 2) Orientações sobre sexualidade e prevenção de DST/aids
- 3) Planejamento reprodutivo
- 4) Atendimento diferenciado para gestantes de 10 a 19 anos
- 5) Orientações quanto ao uso e abuso de álcool e outras drogas
- 6) Identificação de situações de agressividade e conflito com a lei
- 7) Identificação e acompanhamento de violência doméstica e sexual
- 8) Prevenção de obesidade
- 9) Atenção à saúde mental (tristeza acentuada, mudanças de humor, autoestima, inserção familiar, agressividade, entre outros)
- 10) Saúde e meio ambiente
- 11) Não desenvolve atividades específicas para adolescentes
- 12) Outras. Quais: _____

75. Os locais onde são realizadas regularmente as atividades para os ADOLESCENTES são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Unidade de Saúde
- 2) Domicílio
- 3) Instituições que concentram adolescentes (escolas, ONG, entre outras)
- 4) Reuniões de bairro
- 5) Reuniões promovidas por Programas Sociais (Ação Jovem, Pró Jovem Adolescente, entre outros)
- 6) Espaços comunitários, como quadras
- 7) Outros. Quais: _____
- 8) Não desenvolve atividades planejadas para adolescentes
- 9) Não atende adolescentes

76. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violência contra crianças e adolescentes são:

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) Não sabe informar
 - 9) Não temos esse tipo de demanda específica
 - 10) Não atende crianças e adolescentes
-

77. Em caso de detecção da violência contra crianças e adolescentes são realizados seguintes procedimentos:

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
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para 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

III. 6. Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa

78. As atividades planejadas e desenvolvidas com regularidade para atenção ao adulto abordam os seguintes **agravos ou problemas de saúde**:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O atendimento ocorre de acordo com a procura, não existem programas específicos
 - 2) Diabetes
 - 3) Hipertensão
 - 4) Tabagismo
 - 5) Obesidade
 - 6) Outras condições crônicas não transmissíveis (dislipidemia, lombalgia, entre outros)
 - 7) Prevenção de câncer de próstata
 - 8) Alcoolismo / Drogas
 - 9) Saúde Mental (Depressão, Crise de ansiedade-pânico, entre outros)
 - 10) Hanseníase
 - 11) Tuberculose
 - 12) Outras doenças respiratórias (asma, entre outras)
 - 13) Identificação de pessoas com necessidades de prótese dentária
 - 14) Violência doméstica
 - 15) Saúde do trabalhador
 - 16) Atividades físicas orientadas (caminhada, orientação postural, entre outros)
 - 17) Diagnóstico e tratamento DST
 - 18) Diagnóstico e tratamento de aids
 - 19) Testagem e Aconselhamento de DST, aids e hepatites virais
 - 20) Outros. Quais: _____
 - 21) Não atendemos adultos
-

79. As ações de rotina para portadores de condições crônicas (insuficiência cardíaca, DPOC, obesidade, hipertensão/diabetes, entre outros) são:

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 e conforme necessidade dos pacientes
- 3) Esclarecimento e orientação dos resultados de exames
- 4) Renovação de receitas, se necessário, sem consulta médica no dia
- 5) Busca ativa dos pacientes em abandono de tratamento
- 6) Orientação de atividades físicas
- 7) Grupos de apoio para condições crônicas (alternativas para dieta, adesão ao tratamento, entre outros)
- 8) Registro dos pacientes de risco diferenciado
- 9) Manutenção de seguimento após encaminhamento para serviço especializado
- 10) Não tem rotina estabelecida para o seguimento de portadores de condições crônicas
- 11) A Unidade não atende pessoas portadoras de condições crônicas

80. Para os **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

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) Tratamento e/ou prevenção 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) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 13) A Unidade não atende paciente portadores de hipertensão arterial

81. Exames solicitados de rotina para **PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL** são:

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

82. Para os PORTADORES DE DIABETES TIPO II, a Unidade realiza as seguintes atividades de rotina:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento sem protocolo específico
- 2) Acompanhamento com protocolo
- 3) Orientação de dieta
- 4) Tratamento e/ou prevenção de obesidade
- 5) Exame anual de colesterol total e frações, triglicerídeos
- 6) Solicitação periódica de exames
- 7) Controle, avaliação e orientação de cuidados com os pés
- 8) Treinamento para auto aplicação de insulina
- 9) Fornecimento do glicosímetro
- 10) Atividades em grupo (caminhada, medida de pressão arterial, outros)
- 11) Orientação de atividade física
- 12) Orientação e suporte para abandono do tabagismo
- 13) A Unidade não atende pacientes portadores de diabetes tipo II

83. Exames solicitados de rotina para PORTADORES DE DIABETES TIPO II, são:

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 a cada 3 meses até alcançar controle, depois a cada 6 meses
- 8) Exame de fundo de olhos
- 9) Eletrocardiograma – ECG
- 10) Não atendemos pacientes portadores de diabetes tipo II

84. Os medicamentos disponíveis na Unidade para hipertensão e diabetes são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Hidroclorotiazida
- 2) Furosemida
- 3) Espironolactona
- 4) Manitol
- 5) Atenolol
- 6) Propranolol
- 7) Metildopa
- 8) Succinato de metoprolol
- 9) Besilato de anlodipino
- 10) Cloridrato de verapamil
- 11) Cloridrato de hidralazina
- 12) Nitroprusseto de sódio
- 13) Captopril
- 14) Enalapril
- 15) Insulina NPH

- 16) Insulina Regular
- 17) Metformina
- 18) Glibenclamida
- 19) Outros principais. Quais: _____
- 20) Ocorre falta eventual de medicamentos
- 21) Não dispensamos medicamentos nesta Unidade

85. Para os portadores de condições crônicas considerados “difíceis” (faltosos, não aderentes ao tratamento, entre outros), usualmente a unidade:

Assinale uma ou mais alternativas

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

86. As ações regularmente programadas para atenção aos idosos abordam os seguintes agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação cognitiva (demências)
- 2) Quadros depressivos na velhice
- 3) Avaliação funcional (Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais)
- 4) Prevenção de quedas
- 5) Alimentação e Nutrição
- 6) Incontinência Urinária
- 7) Prática Corporal e Atividade Física
- 8) Sexualidade e DST/aids
- 9) Menopausa e Andropausa
- 10) Saúde Bucal
- 11) Direitos da Pessoa Idosa
- 12) Violências contra a Pessoa Idosa
- 13) Investigação de uso abusivo de álcool e outras drogas
- 14) Atenção domiciliar
- 15) Apoio a idosos em Instituições de Longa Permanência
- 16) Identificação e orientação de cuidadores (formal ou familiar)
- 17) Identificação de adoecimento causado pelo trabalho
- 18) Não existem atividades específicas para idosos

87. Na atenção ao idoso a unidade conta com o apoio para encaminhamento e/ou ações conjuntas de:

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

88. As estratégias utilizadas pela Unidade para detecção de violências contra idosos são:

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) Não sabe informar
- 9) Não temos esse tipo de demanda específica
- 10) Não atende idosos

89. Em caso de detecção de violências contra idosos são realizados seguintes procedimentos:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Denúncia ao CRAS e CREAS
- 2) Denúncia ao DISQUE 100
- 3) Atendimento e acompanhamento dos cuidadores
- 4) Denúncia à autoridade policial
- 5) Notificação Compulsória
- 6) Atendimento interdisciplinar com profissionais da unidade
- 7) Encaminhamento para 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

90. As ações direcionadas para cuidadores (formal ou familiar) de idosos e/ou pessoas acamadas são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Avaliação da funcionalidade familiar (dinâmica e estrutura)
- 2) Investigação da rede de apoio social
- 3) Suporte informativo aos cuidadores
- 4) Avaliação do estresse do cuidador
- 5) Detecção, suporte e acompanhamento de violência intrafamiliar
- 6) Grupo de apoio aos cuidadores
- 7) Não realiza atividades específicas para cuidadores

91. As ações realizadas para o cuidado de pessoas acamadas no domicílio ou instituições são:

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, entre outros)
- 5) Orientações de higiene bucal
- 6) Assistência odontológica domiciliar
- 7) Orientações quanto aos direitos sociais
- 8) Prevenção e acompanhamento em casos de uso e abuso de álcool e outras drogas
- 9) Orientações e assistência em saúde sexual e reprodutiva
- 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, entre outros)
- 13) Não realizamos cuidados no domicílio

92. Na Atenção à Saúde Mental a Unidade Básica de Saúde conta com o apoio Municipal ou Regional dos seguintes grupos, serviços e instituições:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Grupos de autoajuda (ex: A.A, N.A, ...)
- 2) Grupos de Igreja
- 3) Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica
- 4) Equipe de Saúde Mental em Serviço Especializado como Ambulatório
- 5) CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 6) CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- 7) CAPS AD III infanto-juvenil- Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas
- 8) CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 9) SRT – Serviço de Residenciais 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 crack, álcool e outras drogas

- 12) Unidade de Acolhimento
- 13) Programa de Volta para Casa
- 14) Consultório na Rua
- 15) República para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
- 16) Não possui rede de apoio
- 17) Não atendemos esse tipo de demanda

93. As ações realizadas em casos de **alcoolismo** são:

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) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao alcoolismo
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, AA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

94. As ações realizadas em casos uso abusivo de **outras drogas** são:

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) Avaliação da vulnerabilidade social e risco de situações de violência
- 8) Discussão de caso com equipe de apoio e/ou serviços da rede de saúde
- 9) Investigação e controle de comorbidades associadas ao uso abusivo de drogas
- 10) Encaminhamento para serviço especializado (CAPS AD, NA, outros)
- 11) Não acompanhamos esses casos por falta de capacitação da equipe
- 12) Não temos usuários com esse tipo de demanda

95. As ações desenvolvidas para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ou transtornos mentais são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientação aos cuidadores e/ou familiares
- 2) Visita domiciliar periódica para avaliação clínica
- 3) Visita domiciliar para avaliação de vulnerabilidade social
- 4) Grupos de vivência e/ou grupos terapêuticos
- 5) Discussões em equipe para construção de projeto terapêutico
- 6) Encaminhamento para serviços especializados com manutenção do seguimento na unidade
- 7) Detecção das queixas e encaminhamento para diagnóstico e seguimento por outro serviço

- 8) Não realizamos atendimento dessa população específica

96. O controle do uso continuado (crônico) de benzodiazepínicos é realizado por:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Exclusivamente a critério médico, em cada consulta
- 2) Pelo médico que reavalia os 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

97. As ações regularmente programadas voltadas à saúde do homem nesta unidade abordam os seguintes temas, agravos ou problemas de saúde:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Saúde do trabalhador
- 2) Prevenção de DST/ aids
- 3) Relações de gênero, masculinidades, sexualidade e orientações sexuais
- 4) Paternidade e relações familiares
- 5) Acesso a métodos contraceptivos temporários e definitivos (encaminhamento para centro de referência)
- 6) Uso e dependência de tabaco, álcool e outras drogas
- 7) Vivência, práticas e/ou exposição a situações de violência
- 8) Prevenção e rastreamento de câncer de próstata e outras neoplasias
- 9) Cuidados e reabilitação da incontinência urinária masculina
- 10) Prevenção e educação sobre impotência (diabetes, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo, quedas de testosterona, acidentados, entre outros)
- 11) Atenção e orientações sobre andropausa
- 12) Atenção à saúde mental
- 13) Não são oferecidas atividades direcionadas especificamente aos homens

III. 7. Ações programadas para agravos e condições específicas

98. 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:

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) Outras. Quais: _____
 - 7) Não realiza nenhuma atividade
-

99. As ações realizadas em **caso sugestivo de doenças sexualmente transmissíveis (DST)** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Orientações sobre o uso de preservativo (camisinha)
- 2) Tratamento sindrômico
- 3) Aconselhamento pré teste
- 4) Teste rápido para HIV
- 5) Teste rápido para Hepatites virais
- 6) Teste rápido para Sífilis
- 7) Coleta de sorologia para HIV e sífilis
- 8) Coleta de sorologia para hepatites virais
- 9) Investigação etiológica e tratamento na unidade
- 10) Orientação para vinda do(s) parceiro(s) para avaliação e aconselhamento
- 11) Encaminhamento para serviço de referência
- 12) A Unidade não atende DST/AIDS

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

Assinale apenas uma alternativa

- 1) Notificação e arquivamento dos resultados no prontuário enquanto aguarda comparecimento do paciente
- 2) Notificação e informação do resultado positivo ao paciente (presencial, por telefone, carta ou por email), encaminhamento para unidade de referência em DST e aids
- 3) Notificação e convocação para orientação sobre os diagnósticos, alternativas de tratamento e cuidados com os parceiros; acompanhamento e encaminhamento para serviços especializados, quando indicado
- 4) Encaminha para unidade de referência
- 5) Não solicita sorologias para HIV, sífilis e hepatites

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

Assinale apenas uma alternativa

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

102. Com relação à atenção aos casos de tuberculose a Unidade realiza:

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 epidemiológica
- 12) Não realizamos ações voltadas para Tuberculose

103. Com relação à atenção aos casos de **Hanseníase** a Unidade realiza:

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) Não realizamos ações voltadas para Hanseníase

104. Na atenção a pessoas com **deficiências – PCD** (limitações físicas e/ou cognitivas e/ou psicossociais), são desenvolvidas as seguintes ações:

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 e abuso de álcool e outras drogas
- 8) Ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva
- 9) Vigilância e atenção em casos de violências
- 10) Assistência odontológica, quando é possível realização na unidade
- 11) Não realizamos atenção a portadores de necessidades especiais

105. As ações realizadas pela Unidade para atenção à Saúde do Trabalhador são:

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 relacionadas 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

106. No caso de acidentes com material biológico com profissionais dessa Unidade - com exposição de mucosas a secreções ou lesões perfuro cortante - as condutas tomadas são:

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 do profissional acidentado
- 4) Coleta de sorologia para hepatite B do profissional acidentado
- 5) Coleta de sorologia para hepatite C do profissional acidentado
- 6) Teste rápido para HIV do profissional acidentado
- 7) Teste rápido para hepatite B do profissional acidentado
- 8) Teste rápido para hepatite C profissional acidentado
- 9) Coleta de sorologia para HIV do paciente fonte
- 10) Coleta de sorologia para hepatite B do paciente fonte
- 11) Coleta de sorologia para hepatite C do paciente fonte
- 12) Teste rápido para HIV do paciente fonte
- 13) Teste rápido para hepatite B paciente fonte
- 14) Teste rápido para hepatite C paciente fonte
- 15) Imunização do profissional contra hepatite B (se não vacinado)
- 16) Notificação do acidente de trabalho por meio de abertura de CAT
- 17) Notificação do acidente à vigilância epidemiológica (Sinan)
- 18) Orientações ao acidentado (avaliação de risco, quimioprofilaxia, entre outras)
- 19) Encaminhamento para serviço de referência
- 20) Nenhuma das condutas anteriores

III. 8. Saúde Bucal

107. O público alvo do atendimento odontológico é:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Gestantes
- 2) Bebês
- 3) Todas as crianças com até 6 anos
- 4) Crianças em idade escolar
- 5) Idosos (> 60 anos)
- 6) Pronto atendimento para queixas agudas
- 7) Pacientes acamados
- 8) Todos os pacientes atendidos na Unidade
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Não temos equipe de saúde bucal na unidade

108. As atividades desenvolvidas pela equipe de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Atendimento clínico individual para queixas agudas
- 2) Atendimento clínico individual com Tratamento Completo
- 3) Educação em saúde bucal dentro da Unidade
- 4) Educação em saúde bucal em escolas
- 5) Educação em saúde bucal em creches
- 6) Outras atividades de educação em saúde bucal foram na Unidade
- 7) Registro de casos suspeito/confirmado de câncer de boca
- 8) A Unidade não possui equipe de saúde bucal

109. Os procedimentos para tratamento e reabilitação realizados pela equipe de saúde bucal da Unidade são:

Assinale uma ou mais alternativas

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

IV PERFIL DE ATIVIDADES

110. As atividades de rotina realizadas pelo dentista são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de saúde bucal
- 4) Consulta de seguimento programático (gestantes, crianças, entre outros)
- 5) Atendimento de urgências
- 6) Atendimento de livre demanda
- 7) Pequenas cirurgias ambulatoriais
- 8) Gerenciamento dos insumos de saúde bucal
- 9) Visita domiciliar
- 10) Participação nas reuniões de equipe
- 11) Coleta de material para biópsia

- 12) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 13) Participação em outros grupos programáticos (gestante, outros)
- 14) Ações de educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 15) Atestado para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 17) Supervisão do técnico/auxiliar de saúde bucal
- 18) Atividades de educação permanente da equipe da unidade
- 19) Atividades de educação permanente da equipe de saúde bucal
- 20) Uso de ficha específica de atendimento
- 21) Registro de atendimentos em prontuário
- 22) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 23) Encaminhamento para serviços de referência
- 24) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 25) Outros. Quais: _____
- 26) Esse serviço não dispõe desse profissional

111. As atividades realizadas pelo auxiliar/técnico de saúde bucal são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos e do consultório
- 4) Realização de grupos educativos de saúde bucal na Unidade
- 5) Educação em saúde bucal em escolas, creches, entre outros
- 6) Participação nas reuniões de equipe
- 7) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente
- 8) Auxílio e instrumentalização do cirurgião dentista em intervenções clínicas
- 9) Descarte de produtos e resíduos odontológicos (biossegurança)
- 10) Esse serviço não dispõe desse profissional

112. As atividades de rotina realizadas pelo enfermeiro são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta de enfermagem de casos “extras” (não agendados)
- 3) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, DST, entre outros)
- 4) Orientações gerais para gestantes, hipertensos/diabéticos, entre outros
- 5) Prescrição de medicamentos para condições com protocolo pré estabelecido
- 6) Orientação para o uso correto de medicamentos
- 7) Coleta de citologia oncológica
- 8) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 9) Aconselhamento em DST/Aids
- 10) Grupos educativos/assistências
- 11) Visita domiciliar
- 12) Atendimento de urgência e emergência
- 13) Notificação epidemiológica
- 14) Gerenciamento da unidade
- 15) Supervisão da equipe de enfermagem/agentes comunitários
- 16) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional

- 17) Participação das reuniões de equipe multiprofissional
- 18) Avaliação dos faltosos em consulta
- 19) Atividades de educação permanente da equipe
- 20) Registro de seus atendimentos em prontuário
- 21) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 22) Outros. Quais: _____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

113. As atividades de rotina realizada pelo **auxiliar/técnico de enfermagem** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), COM supervisão
- 2) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados), SEM supervisão
- 3) Aplicação de vacina
- 4) Orientação e acompanhamento do cartão de vacina
- 5) Aplicação de medicamentos
- 6) Curativos
- 7) Agendamento de consultas na Unidade
- 8) Aferição de peso, altura, temperatura, pressão arterial
- 9) Coleta de sangue para exames laboratoriais
- 10) Verificação de queixas agudas que exijam atendimento prioritário
- 11) Agendamento de exames e consultas
- 12) Orientação sobre o uso de preservativos
- 13) Orientação para coleta de exames
- 14) Orientação sobre prevenção de câncer de mamas
- 15) Orientação sobre o uso da medicação
- 16) Orientações nutricionais e dietéticas
- 17) Discussão sobre as dificuldades com o diagnóstico/tratamento
- 18) Grupos educativos/assistenciais
- 19) Visita domiciliar
- 20) Procedimentos para pacientes acamados
- 21) Convocação de faltosos
- 22) Outros. Quais: _____
- 23) Esse serviço não dispõe desse profissional

114. As atividades de rotina realizadas pelo **agente comunitário de saúde** são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Cadastramento das famílias da área de abrangência
- 2) Atividades de educação em saúde
- 3) Visita Domiciliar
- 4) Entrega domiciliar de medicamentos para pacientes acamados e/ou outros
- 5) Supervisão e orientação do uso correto da medicação prescrita
- 6) Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS) para Tuberculose e Hanseníase
- 7) Identificação de indivíduos e famílias em condições de vulnerabilidade social
- 8) Identificação de casos de violência intradomiciliar
- 9) Entrega de fichas de encaminhamento
- 10) Agendamento de consultas na Unidade
- 11) Captação de gestantes para inscrição no pré-natal

- 12) Captação de crianças menores de um ano
- 13) Busca ativa para vacinação
- 14) Busca ativa de hipertensos e diabéticos
- 15) Captação para a prevenção de câncer ginecológico
- 16) Busca ativa de casos suspeitos de tuberculose ou hanseníase
- 17) Identificação e orientação de usuários acamados
- 18) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 19) Outros. Quais: _____
- 20) Esse serviço não dispõe desse profissional

115. As atividades de rotina realizadas pelo(s) médico(s) são:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Recepção, avaliação e orientação de casos “extras” (não agendados)
- 2) Consulta dos casos “extras” (não agendados)
- 3) Supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar/técnico de enfermagem
- 4) Consulta de seguimento programático (pré-natal, hipertensos/diabéticos, entre outros)
- 5) Atendimento e estabilização de casos de urgência/ emergência
- 6) Aconselhamento em DST/Aids
- 7) Grupos educativos/assistenciais
- 8) Visita domiciliar
- 9) Pequenos procedimentos cirúrgicos (suturas, drenagem de abscesso, remoção de corpo estranho, entre outros)
- 10) Notificação epidemiológica
- 11) Atestado médico para afastamento do trabalho de até 15 dias
- 12) Participação nas reuniões de equipe
- 13) Coordenação das reuniões de equipe multiprofissional
- 14) Atividades de educação permanente da equipe
- 15) Registro de atendimento em prontuário
- 16) Avaliação dos prontuários dos faltosos em consulta
- 17) Participação no Conselho de Unidade de Saúde
- 18) Outros. Quais: _____
- 19) Esse serviço não dispõe desse profissional

V. CARACTERÍSTICAS DO PROCESSO GERENCIAL

116. A gerência local da Unidade é exercida por:

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
-

117. A carga horária do gerente na Unidade é de:

Assinale apenas uma alternativa

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

118. O relacionamento **predominante da Unidade com o nível central (Secretaria/Diretoria/Coordenação Municipal de Saúde) se dá por meio de:**

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

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

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

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

Assinale uma ou mais alternativas

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

121. Os profissionais que participaram de treinamentos, congressos, cursos, reuniões científicas entre outros, no último ano, foram:

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

122. Os principais temas abordados nas estratégias de formação (treinamentos e capacitações) e/ou educação permanente adotadas no último ano referiram-se às seguintes áreas:

Assinale uma ou mais alternativas

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

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) O conselho atual não se reúne
- 2) Problemas relativos ao atendimento
- 3) Diagnóstico e priorização dos problemas do território
- 4) Planejamento de atividades educativas na comunidade
- 5) Os direitos e responsabilidades dos conselheiros
- 6) Intervenções nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde
- 7) A Conferência Municipal de Saúde
- 8) Preocupações com acesso e direitos diferenciados dos conselheiros
- 9) Não existe conselho de saúde na Unidade

124. As reclamações de usuários podem ser encaminhadas por meio de:

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Caixa ou livro de sugestões e reclamações
- 2) Linha telefônica municipal específica para reclamações e sugestões
- 3) 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) Conselho Municipal de Saúde
- 8) Diretamente com o nível central
- 9) Outros. Quais: _____
- 10) Não há canais formais de reclamação

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

Assinale uma ou mais alternativas

- 1) Inadequação do espaço físico
- 2) Não-cumprimento do horário médico
- 3) Falta de capacitação da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- 4) Falta de capacitação adequada da equipe de nível universitário
- 5) Falta de compromisso dos profissionais médicos
- 6) Falta de compromisso dos profissionais de nível universitário
- 7) Falta de compromisso da equipe técnica de enfermagem e/ou de saúde bucal
- 8) Falta de realização de um trabalho em equipe
- 9) Necessidade de informatizar o registro de dados
- 10) Falta de medicamentos
- 11) Falta de uma política de pessoal por parte da Secretaria/Prefeitura (como suporte técnico, incentivos financeiros, plano de carreira, entre outros)
- 12) Falta de mobilização da comunidade
- 13) Excesso de demanda
- 14) Inadequação da postura dos usuários
- 15) A má remuneração dos profissionais
- 16) Falta de recursos humanos
- 17) Falta de articulação/interação com serviços de urgência/emergência
- 18) Falta de retaguarda de serviços especializados para referência
- 19) Falta de contra referência por parte dos serviços especializados
- 20) Oscilação nas diretrizes políticas locais, devido a troca de p
refeito ou secretário
- 21) Outros. Quais: : _____
- 22) Não existem obstáculos importantes

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

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: _____
-